

**DIE SOZIALE UND BERUFLICHE SITUATION
DER QUERSCHNITTSSELÄHMTE
IN OBERBAYERN**

von

Brunhilde Menges

1971

AUS DER
ORTHOPÄDISCHEN POLIKLINIK DER UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Direktor: Professor Dr. A. Witt

DIE SOZIALE UND BERUFLICHE SITUATION DER QUERSCHNITTSGELÄHMTE IN OBERBAYERN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Brunhilde Menges
aus Neu-Ulm

München 1969



Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter:	Professor Dr. A. GÖB
Mitberichterstatter:	Professor Dr. A. WITT
Dekan:	Professor Dr. F. MARGUTH

Tag der mündlichen Prüfung: ! 26. Oktober 1971



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553801_0044

I n h a l t s v e r z e i c h n i s

Einleitung	1
Allgemeiner Teil	2
Spezieller Teil	5
Zielsetzung der vorliegenden Arbeit und Erhebungsprogramm	5
Gesundheitliche Verhältnisse	27
Soziale Verhältnisse	36
Berufliche Verhältnisse	65
Zusammenfassung	79
Schluß	82
Literatur	84
Anhang	90

Einleitung.

Die große Zahl von Querschnittslähmungen infolge des letzten Weltkrieges konfrontierte die interessierte Öffentlichkeit verstärkt mit den Problemen der Querschnittsgelähmten, die zwar körperlich geschädigt und meistens aus ihrer beruflichen und sozialen Bahn abgedrängt worden sind, aber nicht unbedingt pflegebedürftig und passiv sein müssen. Die erhöhte Unfallquote in Verkehr, Beruf und Sport erfordert verstärkte individuelle Hilfsmaßnahmen für diese Geschädigten, seien sie medizinischer, beruflicher oder sozialer Art. Das ist am besten möglich, wenn ihr Kreis in überschaubarer Weise abgegrenzt wird, wenn mit den Geschädigten direkt Kontakt aufgenommen wird.

Die vorliegende Arbeit stellt sich die Aufgabe, die soziale und berufliche Situation derjenigen Querschnittsgelähmten Oberbayerns zu durchleuchten, die auf die Sozialhilfe angewiesen sind. Sie können nicht nur statistisch vollständig erfaßt werden; bei ihnen treten die Probleme der Querschnittsgelähmten krasser in Erscheinung; ihre Notlage gebietet dem sozialen Verantwortungsbewußtsein vorrangiges Eingreifen.

Herrn Prof. Dr. G ö b, der mir die Anregung zu dieser Untersuchung gab, mir die Einsicht in die Akten des Sozialhilfeamtes ermöglichte und meine Arbeit durch wertvolle Ratschläge förderte, danke ich an dieser Stelle recht herzlich.

Im Jahre 1843 stellte der badische Staatsrechtler Franz-Josef von B u ß die Forderung auf: Der heilbare Kranke soll "vollkommen rehabilitiert werden, er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war, er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wiedergewinnen und mit ihm ein neues Leben."¹⁾ Ritter von B u ß verwies damit in einer Zeit des erwachenden Interesses an der sozialen Frage auf die Verpflichtung, Kranke nicht nur medizinisch zu behandeln, sondern ihnen auch ohne Benachteiligung einen würdigen Platz in der Gesellschaft zu sichern. Schon 1837 hatte er im badischen Landtag staatliche und kirchliche Abhilfe gegenüber der sozialen Not verlangt - das war das erste Mal, daß dieses Problem in einem deutschen Parlament vorgebracht worden ist.²⁾ Die Gedanken des Freiburger Professors wurden von seinen Zeitgenossen zunehmend geteilt und beherzigt: Anstalten und Heime für Behinderte entstanden - stellvertretend für viele sei die Gründung Friedrich von B o d e l s c h w i n g h s 1872 in Bethel genannt; die ärgste Not konnte gemildert werden. Freilich blieb ein Querschnittsgelähmter, insbesondere ein Halsmarkgelähmter, weiterhin dem Siechtum preisgegeben; er konnte keine aktive Rolle mehr im Leben spielen. Erst in unserer allerjüngsten Zeit, über 100 Jahre nach den Forderungen des Staatsrechtlers B u ß , trat hier eine Wendung ein: Am 1. 2. 1944 übernahm Ludwig G u t t m a n n im Stoke Mandeville Hospital zu AYLESBURY eine Abteilung für querschnittsgelähmte Patienten. Die Verwundungen infolge des Krieges hatten eine solche Einrichtung dringend notwendig gemacht; die geplante Frühjahrsoffensive in Frankreich im Jahre 1944 ließ vermehrte Rückenmarksverletzungen befürchten. G u t t m a n n nahm sich vor, wenigstens dem Leben des Paraplegikers neuen Inhalt zu

1) Zit. nach F. W. Meinecke, Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Monatsschr. f. Unfallheilkunde 66, 1963, S. 394.

2) Vgl. Franz Schnabel, Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert. Die kath. Kirche in Deutschland. Freiburg 1965, S. 252.

geben: von Beginn der Einlieferung an sollten klinische und sozial-fürsorgliche Behandlung zusammenwirken. G u t t m a n n verfolgte damit das Ziel, die Lebenstüchtigkeit des Verletzten möglichst rasch wiederherzustellen.³⁾ Die Methoden G u t t m a n n s fanden Nachahmung und wurden weiterentwickelt; auf seinen Ideen fußt die moderne Querschnittsgelähmtenfürsorge. Die vorliegende Arbeit verweist deshalb gelegentlich auf die Leitgedanken G u t t m a n n s und vergleicht seine Erfolge mit entspr. Untersuchungen in der Bundesrepublik. 1962 schrieb H u c h t h a u s e n : "Wir sind heute darüber hinausgewachsen, unser soziales Gewissen damit zu beruhigen, einen Versehrten mit einer Rente und einem künstlichen Glied zu versorgen und ihn dann seinem Schicksal zu überlassen."⁴⁾

Die Sorge um den Behinderten ist uns in den Sozialgesetzen zur Pflicht gemacht worden und zwar nicht nur in medizinischer, sondern auch in menschlicher und sozialer Hinsicht.⁵⁾ Unsere Aufgabe ist es, zur Verwirklichung dieser Gesetze beizutragen. Die Querschnittsgelähmtenzentren in MURNAU, BAYREUTH, RUMMELSBERG und HEIDELBERG - um sich nur auf Süddeutschland zu beschränken - leisten bereits vorbildliche Arbeit und können richtungweisend sein für weitere derartige Institutionen. Bedenkt man jedoch, daß für Bayern lediglich das berufsgenossenschaftliche Krankenhaus in MURNAU und das Versorgungskrankenhaus in BAYREUTH (nur medizinische Rehabilitation) vorhanden sind, und die Anstalt in RUMMELSBERG bei NÜRNBERG nur Pflegefälle aufnimmt, wird der Nachholbedarf auf diesem Sektor deutlich. Das statistische Material der vorliegenden Arbeit unterstreicht die Notwendigkeit des Ausbaues der bestehenden und der

³⁾ G u t t m a n n, 20 Jahre Rehabilitationsarbeit an Querschnittsgelähmten: Medizin in aller Welt, Jg. 106, Nr. 31 (31. 7. 64), S. 1376.

4) G. Huchthausen, Die Aufgabe der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie im Rahmen der Rehabilitation Unfallverletzter: Hefte z.Unfallheilkunde, H.71, 1962, S. 209.

5) Vgl. das Bundessozialhilfegesetz von 1961: § 1 Satz 2: "Aufgabe der Sozialhilfe ist es, dem Empfänger der Hilfe die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der Würde eines Menschen entspricht. Die Hilfe soll ihn soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muß er nach seinen Kräften mitwirken."

Neugründung von Anstalten für Querschnittsgelähmte allgemein und solcher für deren Berufsausbildung und Umschulung im besonderen. Sodann müssen den Querschnittsgelähmten geeignete Wohnungen zur Verfügung gestellt werden. Dem Rollstuhlfahrer muß der Zugang zur Gemeinschaft erleichtert werden, der Rollstuhl muß "gesellschaftsfähig" werden. Dazu bedarf es nicht nur der Aufgeschlossenheit, Großmütigkeit und des sozialen Bewußtseins des Staates, sondern auch der Ärzte, des Pflegepersonals, der Arbeitgeber, ja der Gesellschaft und Öffentlichkeit schlechthin.

Inzwischen haben die Probleme der Querschnittsgelähmten von verschiedener Seite intensive Beachtung gefunden: Medizinische Kongresse wurden diesem Fragenkomplex gewidmet, in zahlreichen Aufsätzen und statistischen Untersuchungen wurden entspr. Einsichten, Erfahrungen und Analysen unter medizinischem, sozialem, psychologischem, rechtlichem und krankengymnastisch-sportlichem Aspekt niedergelegt. Ärzte der Querschnittsgelähmtenzentren gewähren unmittelbaren Einblick in ihre Praxis, ihre Versuche und Erfolge.⁶⁾ Sie gehen durchwegs über den medizinischen Bereich hinaus und zeigen die Möglichkeiten und Grenzen einer Wiedereingliederung der Querschnittsgelähmten in das gesellschaftliche und berufliche Leben auf. Auch die Erste Hilfe am Unfallort, die für den Erfolg der anschließenden Behandlung von entscheidender Wichtigkeit ist, wird genau dargelegt.⁷⁾

Aber auch Juristen - etwa der Berufsgenossenschaften⁸⁾ und der Sozialfürsorge-liefern Beiträge und helfen dadurch genauso wie Sportlehrer, Psychologen und Soziologen, das komplexe Problem der Querschnittsgelähmten vielseitig zu durchleuchten.

6) Vgl. die in der Bibliographie aufgeführten Aufsätze von L. Guttman/AYLESBURY; F.W. Meinecke/BOCHUM; K. Lindemann/HEIDELBERG; D. Bruns/HEIDELBERG; W. Heipertz/HEIDELBERG; G. Neubauer/TOBELBAD - Österreich; K. Niederecker/WÜRZBURG; W. Hein/HAMBURG; G. Leimbach/KOBLENZ u.a.

7) Vgl. F. W. Meinecke!

8) Vgl. W. Nickl, Süddeutsche Holzberufsgenossenschaft, München.

Z i e l s e t z u n g d e r v o r l i e g e n d e n A r b e i t u n d

E r h e b u n g s p r o g r a m m .

Unter Beachtung und Verwertung der in der reichhaltigen Literatur dargelegten Erkenntnisse greift die vorliegende Arbeit eine fest umgrenzte Gruppe von Querschnittsgelähmten heraus: diejenigen, die von der S o z i a l h i l f e v e r w a l t u n g d e s B e z i r k e s O b e r - B a y e r n betreut werden; also Behinderte, die finanziell weit weniger abgesichert sind als solche, die durch Berufsgenossenschaften, Kranken- und Rentenversicherungsträger sowie sonstige Sozialleistungsträger betreut werden.

Diese Beschränkung verbürgt nicht nur eine relativ genaue Erfassung der sozialen und beruflichen Situation der betr. Querschnittsgelähmten, sie führt außerdem gerade bei den auf die Sozialhilfe Angewiesenen die Probleme und Nöte der Querschnittsgelähmten und deren Rehabilitation pointiert vor Augen und legt die daraus zu folgernden Verpflichtungen des Staates und der Gesellschaft dar. Soll aber diesen dringenden Verpflichtungen nachgekommen werden, müssen der Staat, die Kommunen und die Mediziner genaue Angaben zumindest über die sozial schwächste Gruppe der Querschnittsgelähmten haben, um Ausbau und Neugründungen von Querschnittsgelähmtenzentren sinnvoll gestalten zu können.

Eine Gesamtzahl aller Querschnittsgelähmten Oberbayerns ist nicht eindeutig zu ermitteln. Die Zahl der durch Kriegsverletzungen Querschnittsgelähmten beträgt - nach einer letzten Zusammenstellung von 1965 - in Oberbayern 88, in ganz Bayern 240 und in der Bundesrepublik 1105 (laut Auskunft des Bayer. Staatsministeriums des Innern). Von den Berufsgenossenschaften konnte die Verfasserin nur die jährliche Zuwachsrate erfahren (Auskunft durch Herrn R e n o v a n z vom Landesverband der Berufsgenossenschaften München). Sie beträgt für

Oberbayern	1967:	11 Querschnittsgelähmte	
		davon unter 30 Jahren	7
		zwischen 30 und 40 Jahren	3
		zwischen 40 und 54 Jahren	1
	1966:	13 Querschnittsgelähmte	
		davon unter 30 Jahren	7
		zw. 30 und 40 "	4
		zw. 40 und 50 "	1
		zw. 50 und 59 "	1
	1965:	12 Querschnittsgelähmte	
		davon unter 30 Jahren	6
		zw. 30 und 40 "	3
		über 50 "	3
	1964:	6 Querschnittsgelähmte	
	1963:	3 "	
	1962:	2 "	9)
	1961:	2 "	

Aus den Akten der Sozialhilfeverwaltung des Bezirks Oberbayern wurden insgesamt 298 Querschnittsgelähmte auffindig gemacht und angeschrieben.¹⁰⁾

An diese 298 Querschnittsgelähmte der Sozialhilfe wurde folgender Brief mit einem beiliegenden Fragebogen (siehe Anhang!) geschickt: "Im Hinblick auf die sich laufend verändernden Lebensverhältnisse beabsichtigt der Landesarzt der Sozialhilfeverwaltung des Bezirkes Oberbayern, Erhebungen über die gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Verhältnisse von Körperbehinderten an Hand des beiliegenden Fragebogens durchzuführen. Da diese Erhebungen zu Maßnahmen zugunsten der Körperbehinderten führen können, und Sie unter diesen Personenkreis fallen, wären wir Ihnen sehr dankbar, wenn Sie sich bereit fänden, den Fragebogen so vollständig wie möglich auszufüllen und diesen innerhalb 14 Tage an uns zurückzuschicken!

9) Die Altersangaben verstehen sich zur Zeit der Schädigung. Die letzteren 3 Zahlen sind unvollständig.

10) Den Beamten und Mitarbeitern der Sozialhilfeverwaltung und der anderen Dienststellen, die mir mit großem Zuvorkommen ihr Wissen und ihre Erfahrung sowie aufschlußreiches Material zur Verfügung gestellt haben, möchte ich für alle freundliche Hilfe und Aufgeschlossenheit danken!

Falls es sich bei der körperbehinderten Person um ein Kind handelt, bitten wir die Eltern bzw. Erziehungsberechtigten, die Fragen für das Kind in seinem Interesse zu beantworten! Sollten Sie den Fragebogen nicht ausfüllen wollen oder können, bitten wir Sie trotzdem höflichst um Rücksendung. Auf Grund des ärztlichen Berufsgeheimnisses werden Ihre Angaben streng vertraulich behandelt." ¹¹⁾

38 Personen, das sind 13 % der angeschriebenen Probanden, antworteten nicht; davon sind 14 Männer, 12 Frauen und 12 Kleinkinder.

Tabelle 1: Aufgliederung der zurückgesandten Fragebögen

	männlich	weiblich
a) Verwertbare Antworten	<u>164</u>	<u>93</u>
	(das sind 55%)	<u>71</u>
b) Nicht verwertbare Antworten		
verstorben	60	30
nur vorübergehende Lähmung	1	30
Lähmung noch nicht ausgeprägt	1	
noch in stationärer Behandlung	1	
gesundheitlich zu schwach	2	
Antwort verweigert	2	
nicht zustellbar	<u>29</u>	
	<u>96</u>	
	33 =	

55 % der verschickten Fragebögen. das sind 164, waren somit verwertbar und umfassen damit die Mindestzahl der fürsorgeberechtigten Querschnittsgelähmten. Verglichen mit der Einwohnerzahl Oberbayerns (Stand vom 30. Juni 1967:

3 125 620, davon 1 492 812 männlich
1 632 808 weiblich)

wirkt die Anzahl von 164 Querschnittsgelähmten (= 0,005 %) sehr gering, in menschlicher, sozialer und volkswirtschaftlicher Hinsicht stellen diese Gelähmten jedoch große Probleme und berechtigte Forderungen an ihre Umwelt.

11) Die Erhebung wurde gestaltet in Anlehnung an P.V.L und t, Zur Lebenssituation von Körperbehinderten. Berlin 1962. und Per K r ü g e r, Erhebungen über die gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Verhältnisse der Körperbehinderten, die unter das Bundessozialhilfegesetz (§ 39, Abschnitt 1, Satz 1) Diss. München 1965.

Von den bereits verstorbenen Patienten war die Todesursache
 10 % durch Verkehrsunfall
 20 % durch angeborene Mißbildung
 70 % durch endogene Schädigung (45 % davon durch Tumor)
 Siehe dazu Tabellen 2 und 3!

Tabelle 2: Todesursache

	A (-14 J.)			B + C (15-30)			D + E (31- 50)			F (über 50)				
	w	m	i	w	m	i	w	m	i	w	m	i	i	%
Unfall				5		<u>5</u>	1		1				6	10
angeboren	7	4	11							1	1		12	20
Tumor		1	1	2	2	4	3	3	6	8	8	<u>16</u>	27	45
sonstige							4		4	5	3	8	12	20
unbekannt										3	3		3	5
<u>insgesamt</u>			12			9			11			28	<u>60</u>	

Tabelle 3: Todesursache (aufgegliedert)

	-14	14-17	18-30	31-40	41-50	50 u. mehr	insgesamt
	A	B	C	D	E	F	
Unfall			5		1		6
Sarkom			1	1	2	2	6
Carcinom						4	4
Plasmocytom						1	1
Medulloblastom	1	1	2				4
Glioblastom						1	1
Lymphogranulomatose					1	1	2
Meningeom					1	4	5
Tumor (nicht spez.)					2	7	9
Myelitis					1	1	2
Mult. Sklerose					1	1	2
Arachnitis					1	1	2
Osteochondrose						1	1
Spina bifida	11					1	12
unbekannt						3	3

Die Gruppe der Probanden, die auf die Fragebögen nicht antworteten, teilt sich folgendermaßen auf:

Tabelle 4:

	männlich	weiblich	zusammen
Unfall	6	3	9
Organische Ursache	8	9	17
(Angeborene Mißbildung)	7	5	12
	<u>21</u>	<u>17</u>	<u>38</u>

Nur mit Vorbehalt läßt sich aus diesen kleinen Zahlen ein Schluß ziehen; man kann vielleicht ersehen, daß die Unfallgeschädigten im Gegensatz zu den organisch Geschädigten (die durchschnittlich wesentlich älter sind) mehr Initiative besitzen und regeren Anteil an ihrer Umwelt nehmen (Vergleichszahlen der ausgewerteten Fragebögen: 72 Unfallverletzte, 70 Verletzte organischer Ursache).

Die Gruppe der Probanden, deren Anschriften nicht ausfindig gemacht werden konnten, umfaßt:

Tabelle 5:

	männlich	weiblich	zusammen
Unfall	4	3	7
Organische Ursache	8	9	17
angeboren	1	4	5
	<u>13</u>	<u>16</u>	<u>29</u>

Die Ergebnisse der Antworten werden nach folgenden Gesichtspunkten aufgeteilt:

Altersgruppe A	bis zu 14 Jahren
" B	15 bis 17 Jahre
" C	18 bis 30 Jahre
" D	31 bis 40 Jahre
" E	41 bis 50 Jahre
" F	über 50 Jahre

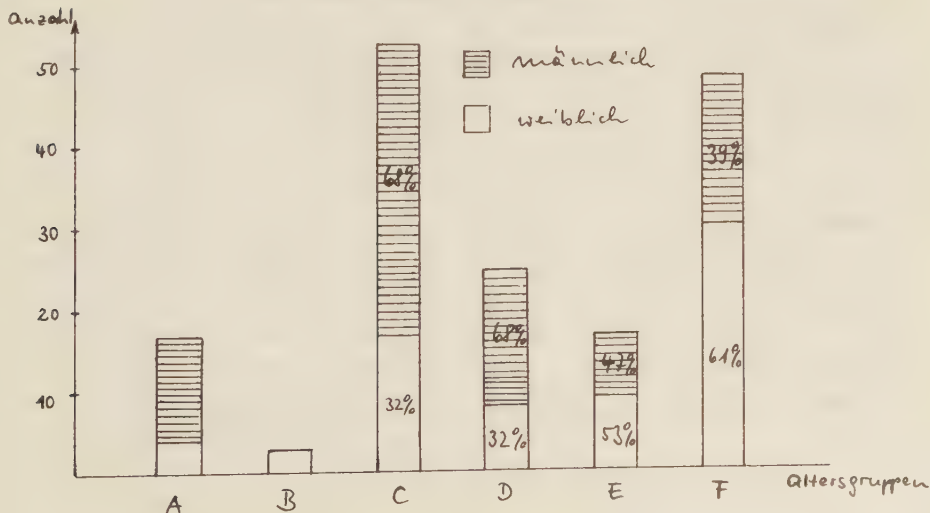
- Schweregrad I ohne orthopädische Hilfsmittel
 II mit kleinen orthop. Hilfsmitteln
 III Rollstuhlfahrer

Die Anteile, welche die Altersgruppen an der Gesamtzahl der erfaßten Querschnittsgelähmten haben, veranschaulicht

Tabelle 6:

Gruppe	Alter	weiblich	männlich	zusammen	%
A	bis 14	4	13	17	10
B	15-17	3	--	3	2
C	18-30	17	36	53	32
D	31-40	8	17	25	15
E	41-50	9	8	17	10
F	51 ff.	30	19	49	31
insges.:		71	93	164	
%		43%	57%		

Abbildung 1: Graphische Darstellung des Anteils der Altersgruppen an der Gesamtzahl der erfaßten Querschnittsgelähmten:



Das Schaubild zeigt deutlich die Geschlechtsverschiebung in den verschiedenen Altersgruppen. Der Grund ist, wie Tabelle 7 erkennen läßt, die Anhäufung der Tumorerkrankungen der Frauen, bes. der über 50 Jahren.

Für eine berufliche Ein- bzw. Wiedereingliederung kommen die Gruppen B, C, D, E in Betracht; sie betragen 59% der Gesamtzahl.

Der Anteil der männlichen Querschnittsgelähmten umfaßt 57%, der der weiblichen 43%. Laut Statistik von 1961 (Statistisches Jahrbuch 1961. Bayer. Statistisches Landesamt) beträgt der Anteil der Männer 47%, der der Frauen 53% der Gesamtbevölkerung Bayerns. Dieses Verhältnis dürfte sich seither nicht wesentlich verändert haben.

Innerhalb der Tabelle 6 bietet der Vergleich der Gruppen B, C, D mit 65% männlichen und 35% weiblichen Querschnittsgelähmten ein von der Statistik noch mehr abweichendes Bild.

Tabelle 7 und 8: Aufgliederung nach Ursache der Behinderung und Altersstufe:

Tabelle 7:

		A	B	C	D	E	F	insges.	%
Verkehrs- unfall	w			6	1		2	9	
	m	2		14	6	2	5	29	
	i	2		20	7	2	7	38	23%
sonstiger Unfall	w		1	5	1	3	1	11	
	m			12	5		6	23	
	i		1	17	6	3	7	34	21%
angeboren	w	4	1	2	1	1		9	
	m	11		1		1		13	
	i	15	1	3	1	2		22	14%
Tumor	w		1	1	1	4	16	23	
	m			5	2	1	4	12	
	i		1	6	3	5	20	35	21%
entzündl. Ursache	w				3		7	10	
	m			3	2	1	1	7	
	i			3	5	1	8	17	10%
sonstige Ursachen	w			3	1	1	4	9	
	m			1	2	3	3	9	
	i			4	3	4	7	18	11%

Tabelle 8: Aufgliederung der Spalten "sonstiger Unfall" und "sonstige Ursachen" aus Tabelle 7:

<u>sonstiger Unfall:</u>		A	B	C	D	E	F	insges.	%
Sport-unfall	w		1	3		1		5	
	m			3	1			4	
	i		1	6	1	1		9	6%
Arbeits-unfall	w				1	1		2	
	m			5	1		4	10	
	i			5	2	1	4	12	7%
Suicid-versuch	w			2			1	3	
	m			2	1			3	
	i			4	1		1	6	4%
andere Unfälle	w					1		1	
	m			2	2		2	6	
	i			2	2	1	2	7	4%

<u>sonstige Ursachen:</u>		A	B	C	D	E	F	insges.	%
mechan.	w			1		1	1	3	
	m			1	1	3	2	7	
	i			2	1	4	3	10	6%
unbekannt	w			2	1		3	6	
	m				1		1	2	
	i			2	2		4	8	5%

Die traumatischen Läsionen machen 44% aller Ursachen aus. Dieser niedere Prozentsatz rührt vor allem daher, daß die Berufsgenossenschaften ausreichend für die Arbeitsunfallverletzten sorgen und diese deshalb von der Sozialhilfe unabhängig sind. Die 12 in der Tabelle 8 angeführten Arbeitsunfallverletzten wurden nur für die Zeit der Aufklärung des Unfalls aufgrund der Vorleistungspflicht von der Sozialhilfe versorgt. Nach einer Aufstellung von G u t t m a n n¹¹⁾ beträgt der Anteil der traumatischen Läsionen 65,4 %. Allerdings wurden hier auch Poliomyelitis mit 5,1 % und Multiple Sklerose mit 4 % mitgerechnet, welche in der vorliegenden Erhebung außer Acht gelassen wurden. Ohne diese würde der Prozentsatz der Traumen auf 72 % ansteigen.

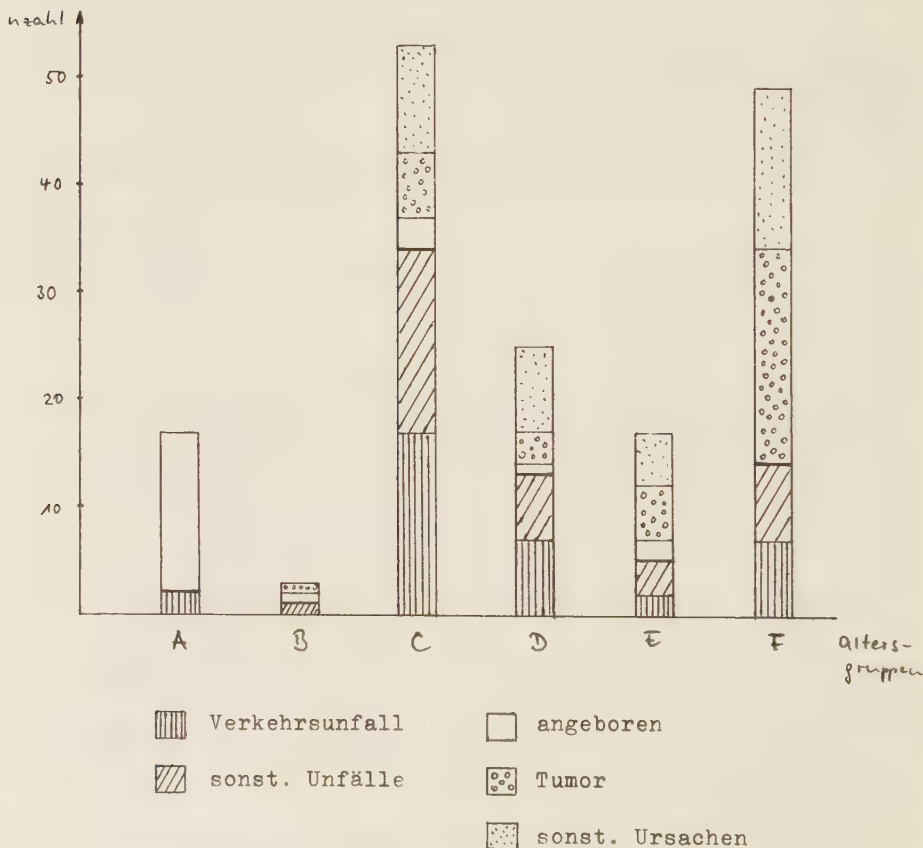
11) 20 Jahre rehabilitation an Querschnittsgelähmten: Medizin in aller Welt, Nr. 31 (1964), S. 1378)

Stellen wir ähnliche Bedingungen her, wie sie G u t t m a n n vorliegen hat, erreichen wir ähnliche Zahlen:

1. Durch Hinzunehmen der Arbeitsunfallverletzten (s. oben S. 5)
2. Durch Abziehen des großen Anteils der von Geburt an Geschädigten (von denen 15 von 22 unter 14 Jahre sind) und der über 50-jährigen Tumorpatienten.

Übersichtlicher als Tabelle 7 und 8 veranschaulicht Abbildung 2 die prozentuale Aufgliederung der Krankheitsursachen in den verschiedenen Altersgruppen:

Abbildung 2:



Von den Sportunfällen ereigneten sich

- 3 beim Skifahren
- 1 beim zu schnellen Auftauchen
- 1 beim Geräteturnen
- 1 beim Sturz vom Baum

Die Gruppe "andere Unfälle" aus Tabelle 8 teilt sich auf in

- 4 Schußverletzungen
- 3 häusliche Unfälle

Tabelle 9: Aufteilung der Tumorfälle

	B	C	D	E	F	insges.
Carcinom				1	5	6
Meningeom					1	1
Neurinom		1	1	1		3
Plasmocytom				1	1	2
Medulloblastom		1				1
Melanom	1					1
Tumor (nicht spez.)		4	2	2	13	<u>21</u>
						35

Zu Tabelle 9:

Eine Aufteilung in "männlich" und "weiblich" wurde nicht unternommen, weil außer in der Gruppe F der Sparte "Tumor (nicht spez.)", wo die weiblichen Patienten weit überwiegen, kaum Unterschiede bestehen.

Bei 60 % der Fälle (=Tumor nicht spez.) waren keine näheren Angaben gemacht oder stand noch keine Gewebsdiagnose fest. Naturgemäß liegt hier die Hauptgruppe bei den über 50-jähr., jedoch trat bei 9 der 35 Probanden die Erkrankung schon vor ihrem 30. Lebensjahr ein (siehe Tabelle 17).

Tabelle 10: Aufteilung der entzündlichen Erkrankungen

	C	D	E	F	insges.
Myelitis	1	3		5	9
Virus-Erkrank.			1	1	2
Tuberkulose	2				2
Arachnitis				1	1
Abszeß		2		1	<u>3</u>
					17

Unter das Symptom der Querschnitts-Myelitis fallen 9 der 17 entzündlichen Erkrankungen.

Tabelle 11: Aufgliederung der mechanischen Schäden

	C	D	E	F	insges.
nach Skoliose-Operat.	2		1		3
" Bandscheiben-Op.		1	3	2	6
" Laminektomie				1	<u>1</u>
					10

Nur ein Proband mit Bandscheibenvorfall wurde nicht operiert.

Nicht nur die Ursache und das Alter, sondern vor allem die Höhe der Läsion, bzw. der Schweregrad der Behinderung, ist für das gesamte weitere Leben der Behinderten von größter Bedeutung. Wird ein Mensch plötzlich aus einem aktiven Leben gerissen, so werden auf ihn die Probleme seiner Zukunft in anderer Weise wirken als auf einen durch vorangegangene Krankheit schon vorbereiteten, älteren Menschen, ganz zu schweigen vom Säugling, der damit aufwächst. Der Schweregrad weist auch dem nach der Schädigung noch Aktiven seine Grenzen. Ist er wieder soweit hergestellt, daß er ohne oder mit nur kleineren orthopädischen Hilfsmitteln auskommt, so fällt ihm die Wiedereingliederung ins tägliche Leben wesentlich leichter als dem

Rollstuhlfahrer. Besonders schwierig gestaltet sich die Zukunft Halsmarkgeschädigter - häufig Jugendliche nach einem Kopfsprung in zu seichtes Wasser - , für die sowohl genügend Unterbringungs- und Pflegestätten, als auch geeignete Umschulungsmöglichkeiten fehlen, was M e i n e c k e in "Grenzen der Wiederherstellung beim Querschnittsgelähmten" S. 185 deutlich betont:

"Der Halsmarkgelähmte hat verständlicherweise enger begrenzte Bezirke, doch wären auch für diesen Kreis noch viele Möglichkeiten vorhanden, wenn geeignete Ausbildungsstätten, besondere Erfahrungen und angepaßte Arbeitsplätze bestünden. Hier befinden wir uns in Deutschland auf einem noch weniger entwickelten Stande als bei den übrigen Querschnittsgelähmten überhaupt, da gerade die Tetraplegiker noch bis vor wenigen Jahren innerhalb kurzer Zeit ihren Verletzungen erlagen. Heute wächst die Zahl der Überlebenden mit jedem Jahr und erfordert rasche Lösungen einer vielschichtigen Problematik."

Tabelle 12: Aufgliederung nach Ursache der Behinderung und Schwere der Schädigung

		I	II	III	IV	
		ohne orth.Hilfsm.	mit orth.Hilfs.	Roll- stuhlfahr.	noch nicht absehbar	
Verkehrs- unfall	w	1		7	1	
	m	4	2	23		
	i	5	2	30	1	38
Sport- unfall	w	1		4		
	m		2	2		
	i	1	2	6		9
Arbeits- unfall	w	1		1		
	m	1	2	6	1	
	i	2	2	7	1	12
Suicid- versuch	w	1	1	2		
	m	1	1			
	i	2	2	2		6
sonstige Unfälle	w			1		
	m	1	1	4		
	i	1	1	5		7
angeboren	w		2	6	1	
	m	1	5	1	6	
	i	1	7	7	7	22
Tumor	w	10	6	6	1	
	m	3	3	6		
	i	13	9	12	1	35
entzündl. Erkrankung	w	4	2	3	1	
	m	2	2	2	1	
	i	6	4	5	2	17
nach Operation	w		2	1		
	m	3	3	1		
	i	3	5	2		10
unbekannt	w	1	3	2		
	m	2				
	i	3	3	2		8
insgesamt	w	19	16	33	4	
	m	18	21	45	8	
	i	<u>37</u>	<u>37</u>	<u>78</u>	<u>12</u>	164
	%	23%	23%	47%	7%	

Deutlich überwiegt der Anteil der Rollstuhlfahrer: 47% gegen je 23% der Gruppen I (ohne orthopädische Hilfsmittel) und II (mit kleineren orthopädischen Hilfsmitteln, wie Stützapparate, Krücken etc.). Die Behinderten der Gruppe IV haben keine Hilfsmittel; diese sind entweder bettlägerig, noch in stationärer Behandlung oder Säuglinge. Faßt man lediglich die Unfallverletzten zusammen, verschieben sich die Relationen noch mehr: Gruppe I: 11 $\hat{=}$ 15%
 Gruppe II: 9 $\hat{=}$ 12%
 Gruppe III: 50 $\hat{=}$ 70% Rollstuhlfahrer!

Abbildung 3: Graphische Darstellung nach Ursache der Behinderung und Schwere der Schädigung.

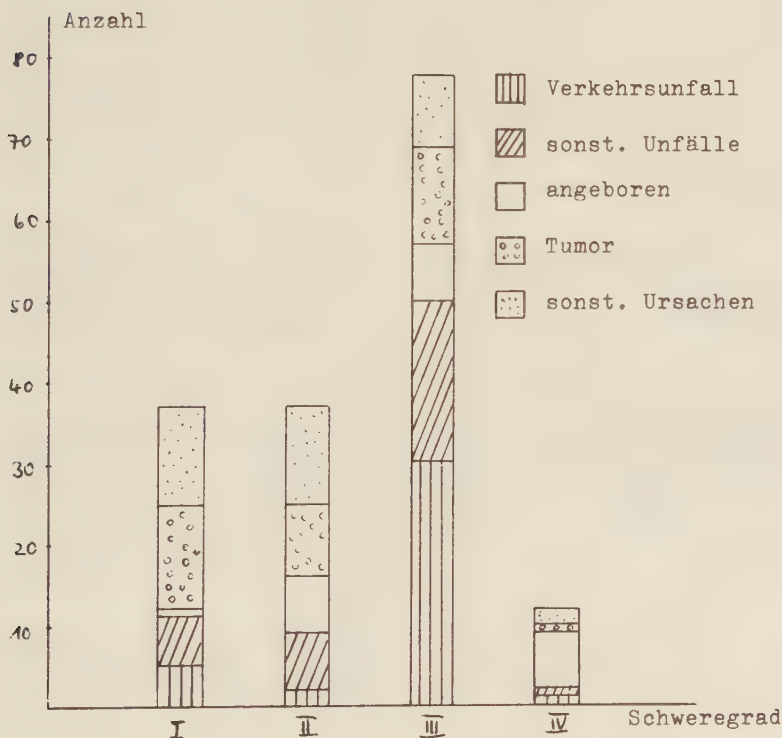


Tabelle 13: Gliederung nach Altersstufe und Schwere der Schädigung

		I	II	III	IV	insges.	%
A	w		1	2	1		
	m	1	3	3	6		
	i	1	4	5	7	17	10%
B	w		1	2			
	m						
	i		1	2		3	2%
C	w	2	1	13	1		
	m	6	7	21	2		
	i	8	8	34	3	53	33%
D	w	3	2	4			
	m	2	3	11			
	i	5	5	15		25	15%
E	w	2	3	4			
	m	2	3	3			
	i	4	6	7		17	10%
F	w	12	8	8	2		
	m	7	5	7			
	i	19	13	15	2	49	30%

Bei den Rollstuhlfahrern überwiegen mit 44%(=34 von 78) die 18-30-jähr.

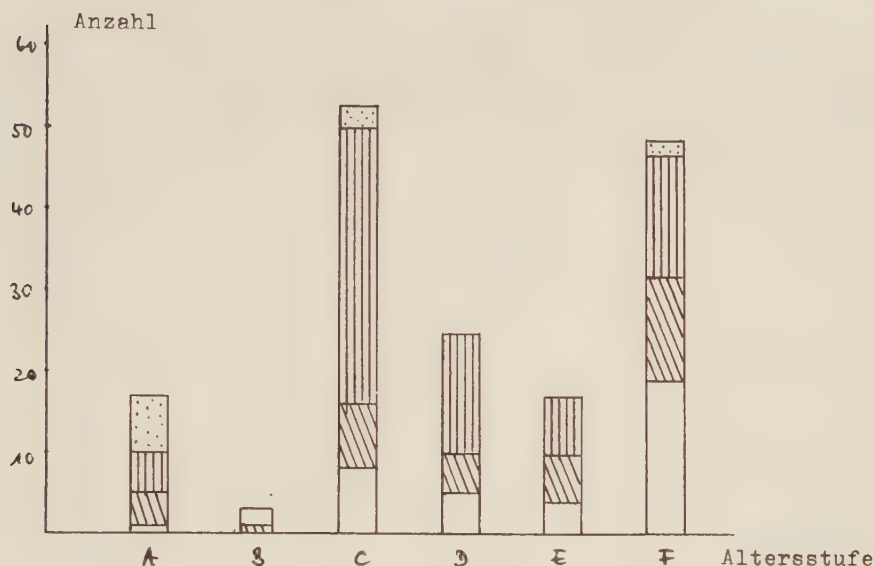
Innerhalb der Gruppe C (insges.53) machen die 34 Rollstuhlfahrer 64% aus, 8 benötigen kleinere Hilfsmittel und 8 kommen ohne solche aus.

Faßt man die Gruppen B, C, D, E zusammen, das sind die 14-50-jährigen, so ergibt sich folgende Relation:

Gruppe	I	:	17	≙	17 %
"	II	:	20	≙	20 %
"	III	:	58	≙	60 %
"	IV	:	3	≙	3 %

Es zeigt sich, daß die Rollstuhlfahrer in den Altersgruppen der 14- bis 50-jährigen besonders stark vertreten sind.

Abbildung 4: Graphische Darstellung nach Schwere der Schädigung und Altersstufe gegliedert.



 ohne orth. Hilfsm.	 Rollstuhlfahrer
 mit kleinen orth. Hilfsmitteln	 noch nicht absehbar

Aus den Tabellen 12 und 13 ist zu entnehmen, daß 115 der Querschnittsgelähmten orthopädische Hilfsmittel besitzen, das entspricht 70 %. Von den restlichen 37 Probanden ohne Hilfsmittel sind 3 wegen hinzugekommener alters- und krankheitsbedingter Schwäche ständig bettlägerig, bei 9 ist der Umfang der Schädigung noch nicht vorauszusehen.

Tabelle 14: Verteilung der Hilfsmittel auf die verschiedenen Hauptgruppen

	Verkehrs- unfall	sonst. Unfall	angeboren	Tumor etc.	insg.
Stützapparat	15	13	5	15	48
Orth. Schuhe	8	13	8	8	37
Krücken	1	3		6	10
Rollstuhl	<u>25</u>	<u>17</u>	7	12	61
Selbstfahrer	<u>12</u>	6		4	22
mot. Selbstfahrer	1	1			2
insges.	<u>62</u>	<u>53</u>	<u>20</u>	<u>45</u>	<u>180</u>
Anzahl der Probanden mit orth.Hilfsm.	32	27	14	42	115

Einige der Behinderten benutzen mehrere Hilfsmittel. Darunter steht der Rollstuhl an erster Stelle: 68% all derer, die orth. Hilfsmittel benutzen, sind ständig an ihren Rollstuhl gebunden.

Tabelle 15: Jahr der Hilfsmittelerteilung

	48-59	60	61	62	63	64	65	66	67
Stützapparat	5	3	2	7	2	4	8	6	5
Orth. Schuhe			2	1	4	2	4	4	5
Krücken	2							2	2
Rollstuhl	5	3	3	6	4	10	9	7	8
Selbstfahrer	3	1	2	4	1	2	3	3	
Mot. Selbstf.				1		1		1	

Tabelle 16: Brauchbarkeit der Hilfsmittel. Gliederung nach Art des Geräts und Jahr der Erteilung.

n i c h t oder nur b e d i n g t brauchbar

	1959	60	61	62	63	64	65	66	insges.
Stützapparat		2	1	1		2	1	1	<u>8</u>
Orth. Schuhe					2		1		<u>3</u>
Krücken	1								<u>1</u>
Rollstuhl	1			1		1	1		<u>4</u>
Selbstfahrer	1								<u>1</u>
	3	2	1	2	2	3	3	1	17

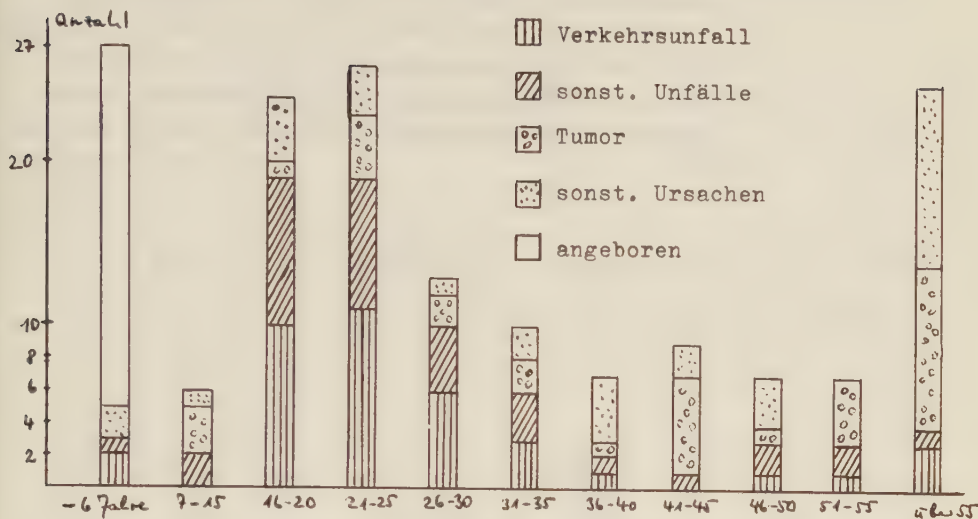
Von den 180 orthopädischen Hilfsmitteln sind 14 nicht und 3 der Stützapparate nur bedingt brauchbar. Dieser Prozentsatz von etwa 9 % ist als recht gering anzusehen, zumal einige Geräte gar nicht mehr nötig sind.

Die nächste Tabelle soll das Alter der Betroffenen beim Eintreten der Schädigung aufschlüsseln. Die ersten 3 Lebensjahrzehnte nehmen den größten Teil ein: 52 %. Weitaus die Spitze bildet die Gruppe um 20 Jahre (zwischen 16 und 25 Jahren): 35 %, denn hier häufen sich die Unfallverletzungen. Bei diesen Prozentzahlen wurden die angeborenen Mißbildungen nicht mitgerechnet. Der Prozentsatz der über 30-jährigen Probanden würde damit um 6 % verringert.

Tabelle 17: Alter bei Eintritt der Schädigung

	-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	über 55	unbek.	insg.
Verkehrsunfall	2	<u>10</u>	<u>11</u>	6	3	1		1	1	3		38
Sport- "	2	2	4	1								9
Arbeits- "		3	2	1	1	1	1		2	1		12
sonst. Unfall	1	4	2	2	2			2				13
Tumor	2	1	4	2	2	1	6	1	4	10	2	35
entzündl. Urs.	2	3	2	1		2				7		17
nach Operation	1		1		1	1	1	3		1	1	10
unbekannt	1	1			1	1	1			3		8
insges.	11	<u>24</u>	<u>26</u>	13	10	7	9	7	7	25	3	142

Abbildung 5: Alter bei Eintritt der Schädigung



Die Gruppe der 55-jährigen ist deshalb so groß, weil hier wesentlich mehr Jahre zusammengefaßt sind als bei den übrigen Säulen mit je 5 bzw. 6-7 Jahren.
Deutlich ist die Verschiebung der Krankheitsursachen zu erkennen.

Tabelle 18: Eintrittsjahr der Schädigung

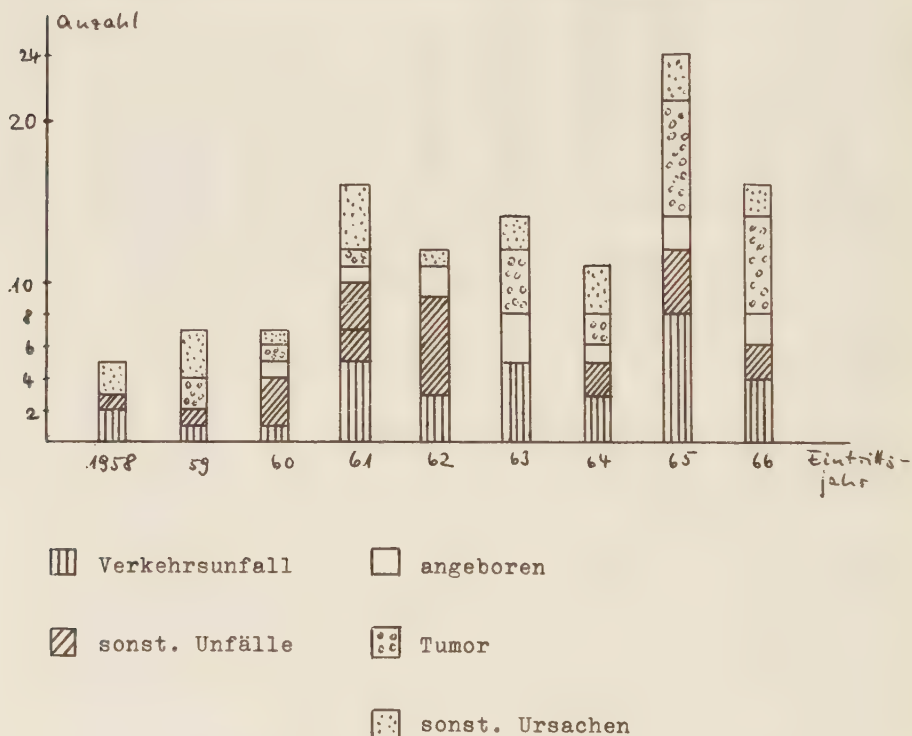
	1958	59	60	61	62	63	64	65	66
Verkehrsunf.	2	1	1	<u>7</u>	3	5	3	<u>8</u>	4
sonst. Unf.	1	1	3	3	6		2	4	2
angeboren			1	1		3	1	2	2
Tumor		2	1	1	2	4	2	7	6
andere Urs.	2	3	1	4	1	2	3	3	2
insges.	5	7	7	<u>16</u>	12	14	11	<u>24</u>	16

In den Jahren 1961 und 1965 sind Spitzen festzustellen, die hauptsächlich durch Verkehrsunfälle verursacht sind. Die Zu-

wachsraten vor allem der früheren Jahre sind ungenau, da

1. hierbei die inzwischen Verstorbenen nicht mitgerechnet wurden, die aber im Hinblick auf die nötige Zahl von Betten miteinbezogen werden müßten, und
2. die Behandlungsmethoden stetig verbessert werden, und somit mit größeren Überlebenszahlen zu rechnen ist.

Abbildung 6 veranschaulicht die vorangegangene Tabelle



G e s u n d h e i t l i c h e V e r h ä l t n i s s e

Das Ziel der medizinischen Behandlung ist, den Kranken soweit wie möglich gesundheitlich wiederherzustellen, ihm weitestgehende Selbständigkeit und Unabhängigkeit im täglichen Leben zu sichern.

Durch Gymnastik und sportliche Übungen muß er lernen, seine ihm verbliebenen körperlichen Funktionen optimal auszuwerten. Er muß seinen Körper kennenlernen, er muß die Gebote zur Vermeidung von Druckgeschwüren und Harnwegsinfektionen genau einzuhalten wissen. Dies hängt jedoch stark von der Intelligenz des Geschädigten, von seiner Willenskraft, von seiner Einstellung zum Leben, von seinem seelischen Zustand und von der richtigen, individuellen psychologischen Führung des Arztes und des Pflegepersonals ab. Es ist kaum anzunehmen, daß ein träger und willensschwacher Mensch nach einem Unfall plötzlich aktiv wird; aber es muß unter allen Umständen verhindert werden, daß frühere Aktivität in Depression und Gleichgültigkeit umschlägt (z.B. durch lange Wartezeiten bis zur Überweisung in ein Querschnittsgelähmtenzentrum oder bis zur Bewilligung irgendwelcher notwendigen Hilfsmittel.)

Die folgende Tabelle zeigt, daß von den 164 Querschnittsgelähmten nur wenige in entspr. Zentren (Murnau, Bayreuth, Heidelberg, Bad Pyrmont) behandelt wurden.

Tabelle 19: Ort der Behandlung (gegliedert nach Ursache der Behinderung)

	Murnau	Bayreuth	Bad Pyrmont	Heidelberg	zus.	von insg.
Verkehrsunf.		<u>7</u>	1	2	10	38
Sport- "	2				2	9
Arbeits- "	<u>6</u>	1			7	12
Suicidvers.	1			1	2	6
sonst. Unf.	1				1	7
nicht durch Unf. bedingt	1	1			2	92
insges.	11	9	1	3	24	164
%	7%	5%	1%	2%	15%	100%

Die restlichen 85 % der Patienten (davon allein 31 % Unfallverletzte) wurden in anderen, zum Teil nur ungenügend für Querschnittsgelähmte eingerichteten Krankenhäusern behandelt, die meisten in Universitätskliniken,

Nur 22 der 69 Unfallverletzten (das sind 32%) befanden sich in entsprechenden Zentren, davon 10 in Murnau, 8 in Bayreuth, 3 in Heidelberg und 1 in Bad Pyrmont.

Die Berufsgenossenschaften sorgen für ihre im Arbeitsprozeß verunglückten Patienten am intensivsten (7 von 12 Paraplegiker). Sie haben nach eigenen Angaben genügend Betten zur Verfügung, um auch andere Querschnittsgelähmte aufnehmen zu können, wie das Beispiel Murnau zeigt.

Tabelle 20: Dauer des Krankenhausaufenthaltes, gegliedert nach Ursachengruppen und Schweregrad der Behinderten.

		Jahre								unbest. unbe- kannt
		0	$\frac{1}{2}$	-1	$-1\frac{1}{2}$	-2	-3	-4	über 4	
Un- fälle	I		3	4	2		1			1
	II		1	1	2				1	2
	III		1	10	8	3	<u>13</u>	<u>3</u>	<u>5</u>	8
	IV			1						1
	insg.		5	16	12	3	14	3	6	12
ange- boren	I		1							1
	II		3							3
	III	1	1	2						3
	IV		3							3
	insg.	1	8	2						10
sonst.	I	3	13	3	6	1		1		4
	II	1	9	4	2	1	1			4
	III		4	1	2	4	1	1		3
	IV									1
	insg.	4	26	8	10	6	2	2		12

Die Zeiten sind einschließlich der wiederholten Krankenhausbesuche angegeben.

Die durchschnittlich längsten Behandlungszeiten haben die Unfallverletzten zu verzeichnen. 71% von ihnen mußten länger als 1 Jahr stationär behandelt werden. Nur 5 Patienten, darunter ein Rollstuhlfahrer, konnten schon vor $\frac{1}{2}$ Jahr die Klinik verlassen. Dieser Rollstuhlfahrer, ein 33-jähriger Mann, wurde im Sommer 1966 schon nach 2 Monaten Behandlungs-

zeit aus dem Krankenhaus München-Perlach entlassen und ist inzwischen beruflich noch nicht eingegliedert. Seinen Gesundheitszustand bezeichnet er als "schlecht".

Die Säuglinge benötigen durchwegs relativ kurze Krankenhausaufenthalte.

Von den restlichen Querschnittsgelähmten verweilten 30 (43%) unter einem halben Jahr in Krankenanstalten, wobei jedoch zu beachten ist, daß darunter nur 4 Rollstuhlfahrer fallen.

Ein unfallverletzter Student verbrachte 15 Jahre - mit Unterbrechungen - in stationärer Behandlung. Ein weiterer Unfallverletzter gab 5 Jahre Krankenhausaufenthalt an.

Tabelle 21: Gegenwärtig in stationärer Behandlung,
Pflege- oder Altersheim

	Krankenhaus			Pflege-,Altersheim			von insges.
	I	II	III	I	II	III	
Unfall		1	8			2	72
angebör.			2			3	22
sonstige	4		6	4	2	1	70
insges.	4	1	16	4	2	6	
von insg.	37	37	90	37	37	90	

Zur Zeit der Befragung befanden sich 13 % der Behinderten in stationärer Behandlung. Von diesen 21 gehören 16 der Gruppe III (Rollstuhlfahrer), 1 der Gruppe II (mit kleineren orth. Hilfsmitteln) und 4 der Gruppe I an (ohne orth. Hilfsmittel).

7 % der Befragten leben in einem Pflege-oder Altersheim. Eine 43-jährige Frau wuchs nur in Heimen auf; sie hatte sich als 3-jähriges Kind beim Sturz von einem Stuhl ihre Verletzung zugezogen. Von den 3 Behinderten mit angeborenen Läsionen sind bei einem 13-jährigen Kind beide Elternteile verstorben; die beiden übrigen Mädchen wurden in der unmittelbaren Nachkriegszeit-1945 bzw. 1947- geboren und leben seither in Heimen.

Die übrigen Pflege- und Altersheiminsassen sind ältere allein-
stehende Personen (bei 2 verheirateten Frauen kann bzw. will
der Ehepartner die Pflege nicht ausführen).

Tabelle 22: Teilnahme an Kur- und Badeaufenthalten

	I	II	III
Unfall	6	4	4
angeb.		1	
sonstige	5	5	5
insges.	11	10	9
von insg.	37	37	90

18 % (=30 von 164) der Behinderten befanden sich bereits in
Kur- oder Badeaufenthalten. Von den 37 Querschnittsgelähmten
der Gruppe I (ohne Hilfsmittel): 11, von der gleich großen
Anzahl der Gruppe II: 10, jedoch nur 9 der 90 Rollstuhlfahrer.
Für letztere Gruppe ist ein solcher Aufenthalt mit oft
schwer überwindbaren Komplikationen verbunden. So benötigen
viele von ihnen (86 %) häusliche Pflege (wie Tabelle 23
zeigt), z.T. auch eine Begleitperson. Wie schwierig sich der-
gleichen in der Praxis gestaltet, läßt sich denken.

Tabelle 23: Häusliche Pflege

	<u>nötig</u>			<u>nicht nötig</u>		
	w	m	insg.	w	m	insg.
I	5	6	11	12	12	24
II	8	12	20	8	8	16
III	29	40	<u>69</u>	5	6	<u>11</u>
IV	2	8	10	1		1
insg.	44	66	110	26	26	52
%			68%			32%

Diese Tabelle entwirft die große Anzahl der noch von anderen
Personen abhängigen Behinderten: es sind 68%. Dabei wurden

auch die in stationärer Behandlung Befindlichen und die Kleinkinder erfaßt. Die Gründe dafür, daß ein so großer Teil nicht voll selbständig ist, sind u.a.:

- ungenügende Schulung der erhalten gebliebenen Funktionen
- eine hohe Läsion
- falsches Mitleid der Angehörigen, was bei dem Behinderten von anfänglichem Sich-Bemitleiden-Lassen und Sich-Bedienen-Lassen zur eigenen Unselbständigkeit führen kann.

Naturgemäß benötigen mehr Männer als Frauen häusliche Pflege, da sie dem häuslichen Leben ohnehin hilfloser gegenüberstehen. Meistens führen die nächsten Familienangehörigen die Pflege aus; sie stellen 77% aller Pflegepersonen dar, wie in Tabelle 24 ermittelt wird.

Tabelle 24: Ausführen der häuslichen Pflege

	Unfall	angeboren	sonst. Ursachen	insg
Familie	47	12	30	89
Bekannte	4		2	6
Pflegerin, Haushilfe	4	2	4	10
Krankenschw.	3	1	7	11

Die Fragebögen geben z.T. beredten Ausdruck davon, daß viele Familienangehörigen durch die Pflege eines erwachsenen Querschnittsgelähmten überfordert sind. Sei es, daß die Tochter nebenher zur Schule geht, daß der Ehemann nach Arbeitsschluß noch den Haushalt führen muß und seine Frau zu versorgen hat, daß die Ehefrau ihren Mann die Stiegen hochziehen muß u.s.w. Für eine Krankenpflegerin fehlt meist das nötige Geld, abgesehen davon, daß nicht genügend Pflegepersonen vorhanden sind. Die Notwendigkeit von Verbesserungen in materieller und ideeller Hinsicht springt ins Auge.

Tabelle 25: Gesundheitszustand

	gut	erträglich	schlecht
I	4	26	8
II	3	23	10
III	4	58	17
IV		4	6
insg.	11	111	41
%	7%	68%	25%

25% der befragten Querschnittsgelähmten bezeichneten ihren derzeitigen Gesundheitszustand als schlecht - wie anzunehmen war, die meisten in der Gruppe IV, der größtenteils frisch Verletzten. Erstaunlich jedoch ist, daß nicht die Gruppe III, die doch weitaus am schwersten behindert ist, folgt, sondern die Gruppe II. Nur 11 bezeichneten ihren gesundheitlichen Zustand als "gut", die Mehrzahl als "erträglich".

Eine bedeutende Möglichkeit zur Verbesserung und Festigung des gesundheitlichen Zustandes bietet der S p o r t . G u t t m a n n hat schon früh seine Wirksamkeit erkannt und ihm einen hervorragenden Platz in seinem Wiedereingliederungsplan Querschnittsgelähmter gesichert. 1951 ließ er ein heizbares Schwimmbad bauen, und er war es, der 1950 die jährlichen nationalen und internationalen Wettspiele in dem großen, eigens für Körperbehinderte erbauten Stadion ins Leben rief. Diese Wettspiele haben nicht nur für die Querschnittsgelähmten selbst eine ausgezeichnete psychologische Wirkung, sondern auch für die breite Öffentlichkeit. Ihnen hilft der Einblick in die Leistungsfähigkeit der Schwerstkörperbehinderten ihre jahrhunderte alten Vorurteile abzulegen. Seit 1960 sind die sportlichen Wettkämpfe in Stoke Mandeville als olympische Spiele anerkannt und werden nun alle vier

Jahre am Ort der Olympiade ausgetragen. 400 Gelähmte aus 21 Ländern nahmen im Jahr 1960 in Rom an den olympischen Spielen teil. Sie maßen sich im Schwimmen, Bogenschießen, Tischtennis, Basketball, Kugelstoßen, Speerwerfen, Billard, Bowling, Keulenwurf und Fechten.¹²⁾

Jene Querschnittsgelähmten sollen Ansporn und Richtlinie für die übrigen sein. Ein sehr großer Teil der Behinderten steht jedoch, genau wie die Masse der gesunden Bevölkerung, dem aktiven Sport fern.

Tabelle 26: Sportliche Betätigung, gegliedert nach Schweregrad und Altersstufen.

		I	II	III	IV	insg.	von insg.
A	w		1				
	m		2		1		
	i		3		1	4	17
B+C	w		1	2			
	m		2	7			
	i		3	9	1	13	56
D	w			1			
	m	1	1	1			
	i	1	1	2		4	25
E	w						
	m			1			
	i			1		1	17
F	w		1	2			
	m	1		1			
	i	1	1	3		5	49
		2	8	15	2	27	164

= 16 %

- 12) L. Guttman, 20 Jahre Rehabilitationsarbeit an Querschnittsgelähmten: Münchner Med. Wochenblatt 31, 1964, S. 1377 und S. 1385.

Nur 16 % der Querschnittsgelähmten treibt aktiv Sport, davon ist fast die Hälfte zwischen 18 und 30 Jahren. Dazu muß gesagt werden, daß vielen, besonders den auf dem Land lebenden, die Möglichkeiten zum Gemeinschaftssport fehlen, der hauptsächlich anspornt und Freude macht und ein konstantes Training am ehesten gewährleistet. Auch die Furcht vor Rentenkürzung infolge einer Besserung des Gesundheitszustandes mag gelegentlich mitspielen.

Den Grundstein für die auch nach der Entlassung ins private Leben regelmäßige sportliche Betätigung legt der Sportlehrer. Die persönlichen Anlagen des Gelähmten entscheiden, ob er durch kleinere Übungen mit raschen Erfolgen den Gelähmten anspornt, oder ihn aber vor übertriebenem Ergeiz, eventuell den Unbehinderten ebenbürtig sein zu wollen, abhält.

G u t t m a n n schreibt über seine Erfahrungen in "20 Jahre Rehabilitation an Querschnittsgelähmten" S. 1385: "Sport hat sich bei diesen Schwerstkörperbehinderten als ideales Mittel erwiesen, sie aus tödlicher Lethargie oder Eigenbrötelei herauszureißen und ihr Selbstvertrauen wieder herzustellen. Im Sporterlebnis haben sie den Quell der Lebensfreude und Tatkraft gefunden, der sie zur Selbständigkeit führt und ihnen das Bewußtsein verleiht, ein vollwertiges Mitglied der Gesellschaft zu sein." In der charakterlichen, seelischen Erziehung und der Genesung und Gesunderhaltung hat der Sport seinen unbestrittenen Platz. Er hilft dem Versehrten aus dem Stadium gänzlicher Hilfsbedürftigkeit sich selbst zu erheben in eine unabhängigere Stellung.

Der Behinderte muß sich mit seiner Umwelt genauso auseinandersetzen wie jeder andere Mensch, gleichwohl - und gerade deshalb umso energischer - er eine schwierigere Ausgangsposition hat. Schon rein äußerlich weicht er in Aussehen, Lebensführung und Wirkungsmöglichkeit mehr oder weniger vom Durchschnittsmenschen ab und wird deshalb bewußt oder unbewußt als anormal oder gar minderwertig empfunden. Dieses ungerechte Vorurteil wurzelt z.T. in Zeiten, als "Krüppel" noch ausgesetzt wurden, sich durch Betteln den Lebensunterhalt verdienen oder sogar als "Deppen" ein verachtetes Dasein führen mußten; waren doch frühere Generationen geneigt, mit der Körperbehinderung sogleich einen geistigen oder charakterlichen Defekt zu verbinden.¹³⁾ Diese ungerechten und unbegründeten Ansichten scheinen uns in dunkle Epochen viele Jahrhunderte zurückzuverweisen - jedoch, vielleicht wurde im "Dritten Reich" noch viel unbarmherziger über Wert und Unwert von Menschenleben entschieden. Nicht von ungefähr beginnt daher das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland mit der Garantie der Unverletzlichkeit der Menschenwürde, die unabhängig ist von Aussehen und Leistungsfähigkeit.

In unserer Zeit ist die Mauer zwischen "Behinderten" und "Unbehinderten" größtenteils abgetragen. Das ist z.T. den Bemühungen um Rehabilitation der Behinderten zuzuschreiben, die weit weniger als früher ein Sonderdasein führen. Dann ist an die große Zahl der Kriegsversehrten und Zivilgeschädigten zu denken, mit denen man täglich konfrontiert wird, auch wenn man nur in der Zeitung davon liest. Niemand ist davor gefeit, selbst durch einen Unfall körperbehindert zu werden. Schon aus diesem Grund sollte weder Geringschätzung noch Verständnislosigkeit gegenüber körperbehinderten Mitmenschen aufkommen. Aber auch aufdringliches Mitleid drängt

13) Vgl. E. Edelman

den Geschädigten in eine Sonderstellung, die einzunehmen er nicht wünscht. Der Versehrte muß das Gefühl haben, von seinem gesunden Nächsten als gleichwertig anerkannt zu werden, da nur so echte zwischenmenschliche Beziehungen auf die Dauer bestehen können.

Die fortschreitenden Verbesserungen in den medizinischen Behandlungsmethoden und der daraus resultierenden erheblichen Verlängerung der Lebenserwartung haben das Problem der Para- und besonders stark das der Tetraplegiker zu einem weitgehend sozialen Problem gemacht. Eine rasche soziale Wiedereingliederung ist für das zukünftige Leben des Gelähmten von ausschlaggebender Bedeutung. Sein Familienstand, seine häusliche und berufliche Umgebung, seine Wohnung, der Kostenträger, seine ganze Umwelt sind hier mitbeteiligt.

So bereitet die Wiedereingliederung bei Verheirateten selten Schwierigkeiten. Bei Unverheirateten gestaltet sich diese wesentlich schwieriger, da die alten Eltern die Pflege nicht unbegrenzt fortsetzen können und sie deshalb meist nur eine vorübergehende Lösung ist; vor allem gilt dies für Halsmarkgeschädigte, die einer weitaus aufwendigeren Pflege bedürfen. Genügend entsprechende Heime fehlen.

Tabelle 27: Familienstand, gegliedert nach Alter (ab 18 Jahren) und Geschlecht.

Tabelle 27: Familienstand

	ledig		verheiratet				verwitw.		geschieden			
	vor		nach		insg.		vor		nach		insg.	
	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m	w	m
C	15	21	2	6	1	9	3	15	1		1	
D	4	4	3	9	2	3	5	12				
E	1	2	6	6	6	6	6	6	1		2	
F	4	2	16	14	1	1	17	15	1	2	1	2
m+w insg.	51		62		79		8		4		6	
%	+20(Gruppe A+B) 71 = 43%		17		79 = 48%		8 = 5%		6 = 4%			

Danach sind

	<u>ledig</u>	<u>verheiratet</u>	<u>verwitwet</u>	<u>geschieden</u>
a)	43 %	48 %	5 %	4 %
b) Vergleichszahlen der Bevölkerungsstatistik von 1961	43 %	47 %	8 %	2 %
c) und des Mikrozensus von 1967	40 %	50 %	8 %	2 %

Diese Zahlen sind einschließlich der Kinder angegeben. Da jene bei den Querschnittsgelähmten einen geringeren Prozentsatz ausmachen, als bei der Gesamtbevölkerung, sollen noch die Vergleichszahlen der ab 18-jährigen angeführt werden:

a) Bei den Querschnittsgelähmten:				
m.	37 %	60 %		3 %
w.	34 %	48 %	12 %	6 %
i.	36 %	55 %	5 %	4 %
b) Bevölkerungsstatistik von 1961:				
m.	27 %	67 %	4 %	2 %
w.	25 %	56 %	16 %	3 %
i.	26 %	61,5 %	10 %	2,5 %

Bei der Gruppe C (18 - 30 Jahre) betragen die Relationen:

a) Querschnittsgelähmte:			
	64 %	34 %	1 %
b) Bevölkerungsstatistik von 1961:			
	61 %	38 %	0,7 %

Trotz der kleinen Zahl der Querschnittsgelähmten und der daraus resultierenden Fehlerquote ist erkennbar, daß der Anteil der Ledigen unter den Gelähmten größer ist als bei der Gesamtbevölkerung. Dies bezieht sich hauptsächlich auf

die über 30-jährigen, während die jüngeren Querschnittsge-
lähmten (18-30 Jahre) fast im gleichen Prozentsatz wie die
Gesamtbevölkerung verheiratet sind. Dieser Umstand kann
als Beweis dafür gelten, daß der Rollstuhlfahrer von der
jüngeren Generation unserer Gesellschaft vollkommen aufge-
nommen ist.

Die Zahl der Geschiedenen ist zu klein, um daraus
exakte Folgerungen zu ziehen, eventuell ist ihr Anteil ein
wenig höher als bei der Gesamtbevölkerung.

Interessant ist die Gruppe C: Von ihnen sind 34 % verheira-
tet, davon haben 8 vor ihrer Schädigung geheiratet (2 Frau-
en und 6 Männer) und 10 nach der Schädigung (1 Frau und 9
Männer). Diese Frau zog sich im Alter von 17 Jahren ihre
Schädigung zu. Sie heiratete einen nichtbehinderten Mann;
aus dieser Ehe ging ein Kind hervor. Nun - 24-jährig - ist
die Ehe wieder geschieden.

Die größere Opferbereitschaft der Frau ermöglichen einem
körperbehinderten Mann leichter eine Eheschließung. Dies
geht auch aus den obigen Angaben hervor.

Insgesamt haben 4 Frauen und 13 Männer nach ihrer Schädi-
gung geheiratet, unter ihnen natürlich auch Rollstuhlfahrer.
Folgende Tabelle soll zeigen, daß eine Querschnittslähmung
nicht gleichbedeutend mit dem Verlust der Ehe- und Zeugungs-
fähigkeit ist.

Tabelle 28: Kinderzahl bei nach der Schädigung Verheirateten.
(gegliedert nach Schweregrad)

	1 Kind			2 Kinder	
	♀	♂		♀	♂
I	1		-1		
II	2	2	4	-	1
III		3	3		

3 von 4 Frauen haben ein Kind geboren, und von 13 Männern haben 5 ein Kind und einer 2 Kinder gezeugt. G u t t m a n n berichtet von 108 Para- und Tetraplegiker, die insgesamt 205 Kinder zeugten, und von 16 Frauen mit 22 Geburten.

Tabelle 29: Kinderzahl insgesamt.

		1	2	3	4	6	9	11	insg.
I	w	6	2	3		1	1		13
	m	1	3	3				1	8
	i	7	5	6		1	1	1	21
II	w	8	2		1				11
	m	4	3		1				8
	i	12	5		2				19
III	w	6	3	1					10
	m	7	7	2		1			17
	i	13	10	3		1			27
insg	w	<u>20</u>	7	4	1	1	1		34
	m	12	<u>13</u>	5	1	1		1	33
	i	32	20	9	2	2	1	1	67

Hier überwiegen mit 48 % die Einzelkinder, vor allem der weiblichen Gelähmten: 20 gegenüber 12 der männlichen Querschnittsgelähmten.

- Insgesamt haben 33 von 50 verheirateten männlichen Gelähmten 74 Kinder gezeugt und 34 von 43 weiblichen Gelähmten 65 Kinder geboren (zusammen 139 Kin-

der). 2 Mütter sind ledig.

- Von den 71 Rollstuhlfahrern haben 27 Kinder, 10 der 29 Frauen (35 %) und 17 der 42 Männer (41 %). Davon hat ein Mann ein behindertes Kind.

(Jugendliche bis 18 Jahre wurden bei der Prozentangabe nicht mitgerechnet, da sie durchwegs als Eltern nicht in Frage kamen.) Die höchste Kinderzahl eines Querschnittsgelähmten beträgt 11 Kinder.

Tabelle 30: Behinderung des Ehepartners.

	männlich	weiblich	insgesamt
Unfälle	3	1	4
Tumor	3	3	6
	6	4	10

4 der 31 verheirateten Frauen und 6 der 48 Männer sind mit einem behinderten Ehegatten verheiratet. Dies betrifft hauptsächlich die älteren Querschnittsgelähmten.

Wie sich die Rückkehr der Querschnittsgelähmten in den häuslichen Kreis gestaltet, beschreibt

Tabelle 31: Schwierigkeiten bei Rückkehr in den häuslichen Kreis. Einteilung nach Ursache der Behinderung und Schweregrad.

		Unfälle	endog.Ursachen	insges.
	I	4	<u>7</u>	11
Schwierigkeiten	II	2	<u>9</u>	11
	III	<u>14</u>	6	20
	i	20	22	42
	I	3	9	12
keine	II	3	5	8
Schwierigkeiten	III	<u>20</u>	9	29
	i	26	23	49
	I	2	4	6
teilweise	II	3	5	8
Schwierigkeiten	III	<u>12</u>	3	15
	i	17	12	29

Außer Acht gelassen wurden die angeborenen Fälle. Sodann sei vermerkt, daß einige Probanden die entspr. Frage nicht richtig verstanden, also auch keine befriedigende Antwort erteilt haben.

Nur 41 % antworteten mit "nein" (Von sämtlichen Probanden: 52 % der Männer und 23 % der Frauen), 35 % mit "ja" (Von sämtlichen Probanden: 32 % der Männer und 46 % der Frauen) und 24 % mit teilweise. Die Relationen sind bei Unfallverletzten ein wenig positiver als bei den durch andere Ursachen Gelähmten, und bei den Rollstuhlfahrern positiver als bei den inkomplett Gelähmten.

Die querschnittsgelähmten Frauen hatten mehr Schwierigkeiten zu bewältigen als die Männer. Als Gründe mögen in Frage kommen:

1. Die Verheirateten Frauen können ihren Haushalt und die evtl. vorhandenen Kinder nicht mehr genügend versorgen.
2. Die Ehemänner (einer gelähmten Frau) sind naturgemäß weniger imstande, Hausarbeit und Kindererziehung sachgerecht und gründlich zu bewältigen, als das ihren Frauen möglich wäre (bei besserem gesundheitlichen Zustand). Dazu kommt, daß der Mann meist berufstätig ist und abends abgespannt nach Hause kommt.
3. Ein Mann hat meist zur Krankenpflege weniger Geschick als eine Frau; vielleicht ist er auch häufig nicht zu solch' aufopfernder Liebe fähig wie eine Frau.

Nur bei einer von 26 verheirateten Frauen brachte die Wiedereingliederung in ihre Familie keine Komplikationen mit sich.

Die 59 % der Querschnittsgelähmten, die bei ihrer Rückkehr in den Familienkreis Schwierigkeiten vorfanden, bekunden deutlich die Notwendigkeit energischer Abhilfe:

1. Bessere Versorgung der Familie durch Hilfs- und Pflegepersonen.
2. Verbesserung der Wohnverhältnisse (Anpassung an die Querschnittsgelähmten und deren Wirkmöglichkeiten; keine Treppen, geeignete sanitäre Anlagen usw. Siehe unten!)
3. Schulung der nächsten Verwandten.

Erfreulicher sind die Ergebnisse einer Befragung, festgehalten in Tabelle 32.

Tabelle 32: Verhalten der Mitmenschen; gegliedert nach Schweregrad und Geschlecht.

	Rücksichtsvoll, hilfsbereit			uninteressiert			taktlos		
	w	m	i	w	m	i	w	m	i
I	10	11	21	4	2	6	2		2
II	8	13	21	4	5	9	3	3	6
III	26	30	56	8	12	20	6	6	12
IV	2		2				1		1
insg.	46	<u>54</u>	100	16	19	35	<u>12</u>	9	21
%			64%			22%			14%

Immerhin bezeugten 64 % - Männer und Frauen etwa gleich - die Hilfsbereitschaft ihrer Mitmenschen. Es können wohl auch teilweise die 22 % der als uninteressierte Mitmenschen bezeichneten dazugerechnet werden, da sich bestimmt einige lediglich aus Unsicherheit (ob dem Behinderten eine Hilfeleistung wünschenswert sei, wie man dem Behinderten sein Mitgefühl und Interesse mitteilen kann usw.) zurückhalten. 14 % bezeichneten ihre Mitmenschen als taktlos, wobei vor allem die weiblichen Unfallverletzten ein besonders negatives Bild aufzeigen. Ein Mädchen schrieb, daß vor allem Frauen zwischen 40 und 60 Jahren betont taktlos seien. Anscheinend spielt hier eine gewisse Rivalität zwischen Frauen, bes. zwischen älteren und jüngeren, mit. Interessant ist, daß mehr Unfallverletzte ihre Mitmenschen als taktlos empfanden (17 % gegenüber 7 % der endogen Geschädigten) und nur 61 % (gegenüber 71 % der endogen Geschädigten) ihre Mitmenschen als hilfsbereit bezeichneten. Daraus könnte man den Schluß ziehen, daß ein Unfallgeschädigter seine Situation schwerer überwindet und dadurch seinen Mitmenschen gegenüber empfindlicher ist (Unter den Unfallverletzten befinden sich viele Jugendliche!).

Die Angaben der Tabelle 32 drücken nur z.T. das Verhalten der Mitmenschen zum Querschnittsgelähmten aus, da sie ja von letzterem geäußert wurden und demnach subjektiv sind. Indirekt sind sie auch Ausdruck der Empfindlichkeit bzw. Abgestumpftheit, des Sinns für Geselligkeit bzw. der Zurückgezogenheit. Dieses Moment ist ebenso bei den folgenden Tabellen zu beachten.

Im großen und ganzen beweist die Tabelle 32, daß dem Querschnittsgelähmten allgemein und dem Rollstuhlfahrer im besonderen der Weg zur Gesellschaft nicht grundsätzlich versperrt ist.

Tabelle 33: Beziehungen zu den Mitmenschen.

		gute	schlechter als vorher	wenig	keine
Unfälle	I	8			
	II	5	2	1	
	III	35	<u>11</u>	2	1
	i	48	13	3	1
angeboren	I				
	II	6		2	
	III	3		2	1
	i	9		4	1
andere Ursachen	I	14		4	4
	II	9	3	5	1
	III	12	<u>6</u>	3	2
	i	35	9	12	7
insgesamt		92	<u>22</u>	19	9

Die Mehrzahl (64 %) pflegt gute Beziehungen zu den Mitmenschen. Bei 16 % - vor allem bei den stärker Behinderten - haben sich die Beziehungen nach der Schädigung verschlechtert.

Die Gruppe der Unfallverletzten überwiegt mit 20 % (im negativen Sinn) gegenüber den übrigen Querschnittsgelähmten; wiederum ein Anzeichen dafür, daß dieser den "Schock" schwerer überwindet als einer, bei dem sich die Lähmung allmählich einstellte.

Wenig und keine freundschaftlichen Kontakte haben insgesamt 20 % der Befragten. Überraschend hoch ist hier der Anteil der endogen Geschädigten; ein Umstand, der z.T. durch den relativ hohen Altersdurchschnitt dieser Gruppe bedingt ist.

Grundsätzlich ist zu bedenken, daß bei gleichbleibender Kontaktfreudigkeit die Kontaktmöglichkeiten auf Grund der Schädigung unwillkürlich abnehmen. Einem Querschnittsgelähmten bieten sich eben weniger Gelegenheiten, mit anderen Menschen zusammenzukommen als jemandem, der regelmäßig sportliche oder kulturelle Veranstaltungen besucht, zum Stammtisch geht, Spaziergänge und Ausflüge macht usw. Wird die ablehnende Haltung eines Teils der Umwelt miteinbezogen, so läßt sich die "Mehranstrengung" des Behinderten ermassen, um freundschaftliche Beziehungen zu seinen Mitmenschen zu pflegen. Für letztere entsteht daraus die Verpflichtung, dem Querschnittsgelähmten großzügig und uneigennützig entgegenzukommen, um den Behinderten in seiner Kontaktfreudigkeit zu ermuntern. Freundschaftliche und gesellige Verbundenheit mit der Umwelt wird sich auch vorteilhaft auf den seelischen und gesundheitlichen Zustand des Querschnittsgelähmten auswirken.

Tabelle 34: Zugehörigkeit zu Vereinen und Organisationen

	ja			nein		
	w	m	i	w	m	i
I		4	4	19	14	33
II	3	9	12	13	12	25
III	5	15	20	31	39	70
insg.	8	28	36 == 22 %	63	65	128 ===

22 % der Querschnittsgelähmten gehören irgendwelchen Vereinen oder Organisationen an, wobei die Männer - und hier wiederum die Unfallverletzten - überwiegen. Bei dieser Aufstellung wurde jedoch nicht differenziert zwischen Vereinen mit regelmäßigen Zusammenkünften (mit geselligem Rahmen) und solchen, denen man angehört, ohne regelmäßig mit Vereinskollegen zusammenzukommen (meist überregionale Organisationen). Für einen Querschnittsgelähmten, der noch einigermaßen beweglich ist, wäre die Zugehörigkeit zu einem Verein erster Kategorie wünschenswert. Dabei sollte es sich nicht um einen reinen Zusammenschluß von Behinderten handeln (wenn dennoch, so müßten die gesunden Familienangehörigen mit einbezogen werden.) Für jemanden, der kontaktarm ist, oder dem durch äußere Umstände die zwischenmenschlichen Beziehungen erschwert sind, kann ein Verein Verbindungsweg zur Umwelt sein.

W. H e i n gibt in seiner Abhandlung: "Wohnungsbau für Querschnittsgelähmte"¹⁴⁾ 14 Punkte für eine dem Rollstuhlfahrer entsprechende Wohnung an. U.a. soll der Zugang zur Wohnung nicht über Stufen führen, sollten die Zimmer so geräumig sein, daß der Rollstuhlfahrer jeden Gegen-

14) Monatsschrift für Unfallheilkunde 67, Berlin 1964, S.233ff.

stand usw. mit dem Rollstuhl erreichen kann. Wünschenswert wäre sodann eine Zentralheizung und vor allem eine Warmwasseranlage im Bad.

Inwieweit diese Mindestforderungen bei den Querschnittsgelähmten Oberbayerns (soweit sie von der Sozialhilfe betreut werden) erfüllt sind, findet seinen Niederschlag in den 9 folgenden Tabellen:

Tabelle 35: Art der Wohnung; gegliedert nach Schweregrad und Alter der Behinderten

		A	B	C	D	E	F	insg.
	I			2	2		8	12
Altbau	II	1		2	4	2	5	14
	III	1	1	4	1	3	3	13
	IV			1			1	2
	insg.	2	1	9	7	5	17	41
	I	1		2	3		5	11
Neubau	II	1		2			3	6
	III			14	3	1	5	23
	IV	1						1
	insg.	3		18	6	1	13	41
Not-	III			1				1
wohn.	IV	1						1
	insg.							2

Einige Querschnittsgelähmte beantworteten diese Frage nicht. Sie wohnen bei ihren Eltern oder in Untermiete.

Die 18- bis 30-jährigen leben überwiegend in Neubauwohnungen, die älteren Querschnittsgelähmten hauptsächlich in Altbauwohnungen. Dies dürfte den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung entsprechen.

Bedauerlich ist jedoch, daß zwei Behinderte - davon ein Rollstuhlfahrer - in Notwohnungen leben müssen.

Tabelle 36: Art der Wohnung

		C	D	E	F	insg.
Miet- wohnung	I	2	3		7	12
	II	4	2	1	6	13
	III	8	3	3	9	12
	IV	1			2	3
	insg.	15	8	4	24	51
Eigentums- wohnung	III	4	1			5
eigenes Haus	I	1		1	3	5
	II		2	1	2	5
	III	3	2	2	2	9
	insg.	4	4	4	7	19
bei El- tern bzw. Verwandt.	I	2		1	1	4
	II	2			1	3
	III	12	5		1	18
	insg.	16	5	1	3	25
Unter- miete	II			1		1
	III	1				1
	insg.	1		1		2

48 % der Querschnittsgelähmten - vor allem die älteren - wohnen in Miete. Bemerkenswert ist, daß 31 % (davon sind die meisten verheiratet) im Haus der Eltern oder von Verwandten wohnen: Insbesondere Behinderte der Gruppe C, der 18- bis 30-jährigen, und von diesen wiederum die Rollstuhlfahrer. Die Jugendlichen (Gruppe A + B) wurden in der Tabelle nicht angeführt, da diese durchwegs bei ihren Eltern bzw. in Heimen wohnen.

In der Gruppe C ergibt sich folgende Relation:

38 % leben in Mietwohnungen,
 10 % " Eigentumswohnungen,
 10 % " im eigenen Haus,
 40 % " bei Verwandten,
 2 % " in Untermiete.

Insgesamt besitzen 17 % der befragten Querschnittsgelähmten ein eigenes Haus, 4 % eine Eigentumswohnung.

Tabelle 37: Anzahl der Zimmer (ohne Küche)

		1	2	3	4	5-8
I	allein	3		1		
	mit Fam.	4	8	8	2	2
II	allein	4	1			
	mit Fam.	2	8	6	3	2
III	allein	8	2			
	mit Fam.	3	<u>12</u>	17	12	2
IV	allein	1				
	mit Fam.			3	1	
insg.	allein	16	3	1		
	mit Fam.	<u>9</u>	35	34	18	6
	insg.	25	38	35	18	6

Die Anzahl der Zimmer wurde ohne Küche berechnet. Bei der Einteilung wurden der Schweregrad berücksichtigt und der Umstand, ob der Querschnittsgelähmte allein oder mit seiner Familie wohnt. Es ergab sich, daß 9 Behinderte zusammen mit ihrer Familie bzw. ihrem Ehegatten in einer Ein-Zimmer-Wohnung leben, davon 3 Rollstuhlfahrer. Dies ist keinesfalls tragbar, da ein Querschnittsgelähmter, wie auch W. H e i n ¹⁵⁾ betont, genügend Platz benötigt

1. für seine täglichen Geh- und Gymnastikübungen,
2. zur Ausweichmöglichkeit und
3. evt. für getrennte Schlafzimmer, vor allem bei Stuhl- und Harninkontinenz.

Ein bedeutender Aspekt der Wohnungsfrage darf nicht übersehen werden: Je mehr jemand behindert ist, je mehr er an den Rollstuhl oder gar ans Bett gefesselt ist, um so mehr wird ihm seine Wohnung zu seiner "Welt". Es ist daher nötig, über das Praktische und Technische hinauszugehen und an die "Seele" der Wohnung denken. Sie muß hell und sonnig sein, soll möglichst einen schönen Ausblick bieten (niedere Fensterbänke) und darf in der Ausstattung ruhig ein wenig großzügig gestaltet sein. Das wird sich auf Gemüt und Befinden des Behinderten positiv auswirken.

35, davon 19 Rollstuhlfahrer, leben mit ihrer Familie in einer Zwei-Zimmer-Wohnung. Auch das ist für einen Querschnittsgelähmten mit Kindern sehr wenig Raum. Insgesamt beträgt der Prozentsatz an Ein-Zimmer-Wohnungen 21 %, an Zwei-Zimmer-Wohnungen 30 %, an Drei-Zimmer-Wohnungen 25 %, an Vier-Zimmer-Wohnungen 14 %. Jeweils zwei Familien leben in Fünf- und Sechs-Zimmer-Wohnungen und jeweils eine Familie in Sieben- und Acht-Zimmer-Wohnungen. Im allgemeinen haben die Querschnittsgelähmten ihrer Kinderzahl einigermaßen entsprechende Wohnungen. Einige Behinderte notierten jedoch auf dem Fragebogen als größtes Anliegen eine größere und für sie eingerichtete Wohnung.

15) Wohnungsbau für Querschnittsgelähmte; a.a.O.

Tabelle 38: Quadratmeter der Wohnfläche

	unter 20	-30	-40	-50	-60	-70	-80	-90	-100	-110	-120	-140	-180	von insg.
I														
allein	4	1												28
mit Familie		2		7	4	3	1	4	1			1		
II														
allein	2		1	1										25
mit Fam.	1	1	5	3	2	5	3					1		
III														
allein	2	1	3	1										53
mit Fam.		1	3	10	9	8	8	1	2	2	1		1	
IV														
allein		1				1		1		1	1			5
mit Fam.														
insg.														
allein	8	2	4	2										
mit Fam.	1	5	8	20	15	17	12	6	3	3	2	2	1	111

Küche und Bad wurden mitgerechnet.

Auch hier wird deutlich, mit welchem geringem Raum sich einige Versehrte begnügen müssen: Ein Querschnittsgelähmter der Gruppe II lebt mit seiner Frau auf einem Raum unter 20 qm, fünf Familien auf einem Raum zwischen 20 und 30 qm ! Insgesamt müssen sich 8 % der Geschädigten auf eine Wohnfläche von weniger als 20 qm beschränken.

Die höchste Quadratmeterzahl ist die eines Rollstuhlfahrers mit 180 qm.

Tabelle 39: Ebenerdige Wohnung und Stockwohnung

	I	II	III	IV	insg.
ebenerdig	11	10	30		51
nicht ebenerdig	17	16	33	3	69
z.T. ebenerdig	2	5	2		9
mit Aufzug	1	3	6		10

Nur 40 %, davon fast 60 % Rollstuhlfahrer, wohnen ebenerdig. Bei 53 % liegt die Wohnung ganz und bei 7 % teilweise in höheren Stockwerken. In diese Stockwohnungen gelangen die Rollstuhlfahrer nur mit großen Schwierigkeiten bzw. können einen Teil ihrer Zimmer nicht erreichen. Drei Geschädigten ist die Benützung ihres Bades dadurch nicht möglich.

Die am meisten betroffene Gruppe, die Rollstuhlfahrer, gliedert sich folgendermaßen auf:

ebenerdig	46 %
mit Aufzug erreichbar	9 %
ohne Aufzug	45 %

Sie müssen zum Teil von ihren Frauen, von Bekannten oder Verwandten hochgezogen oder hochgetragen werden. Ein Rollstuhlfahrer z.B. bindet sich bei jedem Verlassen der Wohnung Kissen unter den Rücken und schiebt sich so die Stiegen hinunter.

Daß solche Verhältnisse für einen erwachsenen Menschen niederdrückend sind, liegt auf der Hand. Nur seine möglichst weitgehende Unabhängigkeit von fremder Hilfe kann in ihm das Gefühl der Gleichwertigkeit bekräftigen.

Tabelle 40: Vorhandensein einer Badegelegenheit.

	vorhanden	nicht vorhanden	nicht benützbar
I	19	13	
II	15	14	
III	50	11	3
IV	4	2	
insg.	88	40	3

Ein Querschnittsgelähmter benötigt unbedingt ein Bad mit fließend Kalt- und Warmwasser. Es zeigt sich jedoch, daß 30 % überhaupt kein Bad besitzen und 3 % dieses nicht benutzen können, da es nur über Treppen erreichbar ist. Immerhin steht 78 % der Rollstuhlfahrer ein Bad zur Verfügung, während 17 % keines besitzen.

Tabelle 41: Vorhandensein eines Balkons bzw. einer Terrasse und eines Gartens.

	Balkon bzw. Terrasse	Garten	von insg.
I	10	12	37
II	9	14	37
III	33	31	78
IV	2	4	12
insg.	54	61	

Sowohl die Scheu, sich viel auf der Straße und in den meist viel besuchten Parkanlagen zu bewegen, als auch die zum Teil vorhandene Stuhl- und Harninkontinenz hindern Querschnittsgelähmte, sich länger außerhalb ihrer häuslichen Umgebung aufzuhalten. So ist ein Garten oder wenigstens ein Balkon für einen Querschnittsgelähmten besonders wünschenswert. Doch nur 48 % können einen Balkon und ebenfalls 48 % einen Garten benützen.

Tabelle 42: Art der Heizung.

	I	II	III	IV	insges.
Zimmeröfen	24	23	44	4	95
Zentralheizung	7	4	24	2	37
z.T. beheizbar		2	1		3
keine Heizung	1	1			2

Die meisten Wohnungen werden durch Zimmeröfen beheizt; drei Wohnungen sind nur zum Teil beheizbar und zwei überhaupt nicht.

Die vorangegangenen Tabellen lassen erkennen, daß die Wohnverhältnisse wohl den allgemeinen Verhältnissen in der Bundesrepublik entsprechen dürften, doch besondere Einrichtungen, die für eine große Zahl der Querschnittsgelähmten erforderlich sind, zum Teil fehlen. Diesen Mangel bekundet

Tabelle 43: Für Querschnittsgelähmte passende Wohnung.

	ja	nein	einigermaßen
I	13	9	8
II	6	18	3
III	13	32	24
IV		2	1
insg.	32	61	36

Nur 25 % der Gelähmten konnten dies bejahen, naturgemäß von der I. Gruppe die meisten, da diese kaum Hilfseinrichtungen benötigen. 28 % bezeichneten die Wohnung als einigermaßen eingerichtet, und 47 % verneinten die Frage.

Bei den Rollstuhlfahrern, die die meisten Hilfsvorrichtungen benötigten, sehen die Antworten wie folgt aus:

Auf die Bedürfnisse eingestellt	19 %
einigermaßen eingestellt	35 %
nicht eingestellt	46 %.

Hier eröffnet sich der Sozialfürsorge ein weites Betätigungsfeld.

Tabelle 44: Führen des Haushalts.

		I	II	III	insg.
selbst ausführend	w	6	3	3	12
	m	4	3	2	9
	i	10	6	5	21
teilweise	w	7	6	8	21
	m		1	1	2
	i	7	7	9	23
nicht selbst	w	6	4	18	28
	m	9	7	32	48
	i	15	11	50	76

21 Personen - 12 Frauen, davon 3 Rollstuhlfahrerinnen, und 9 Männer, davon 2 Rollstuhlfahrer - führen ihren Haushalt selbst. Das sind 18 % der Querschnittsgelähmten. 19 % der Probanden, hauptsächlich Frauen, erledigen ihren Haushalt

zum Teil selbst. Für diesen Punkt sind vor allem die Verhältnisse der Frauen von Bedeutung, was nachfolgend aufgeführt wird:

allein ausführend	20 %
teilweise ausführend	34 %
nicht selbst ausführend	46 % .

Nur 13 der Querschnittsgelähmten haben eine Hausgehilfin, davon 3 ganztägig und 10 stundenweise.

Tabelle 45: Hausgehilfin.

		ganztägig	stundenweise	insg.
I	w	1	1	3
	m		1	
II	w			1
	m	1		
III	w		7	9
	m	1	1	

Tabelle 46: Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel.

	ja	nein	gelegentlich
I	9	18	5
II	5	22	3
III	1	63	6
IV		2	
insg.	15	105	14

Öffentliche Verkehrsmittel werden von 11 % der Querschnitts-

gelähmten, davon von einem Rollstuhlfahrer, regelmäßig in Anspruch genommen.

Tabelle 47: Art des öffentlichen Verkehrsmittels.

	Eisenbahn	Straßenbahn	Omnibus
I	6	8	2
II	2	5	4
III	4		1
IV			
insg.	12	13	7

Tabelle 48: Weg bis zum öffentlichen Verkehrsmittel.
(In Minuten)

	5	10	15	20	25	30	60 und mehr
I	6	3	2	2		3	
II	3	3	1				
III		2		1		1	1
insg.	9	8	3	3		4	1

Der Weg bis zur Haltestelle beträgt von 5 Minuten bis über eine Stunde. Die weiten Strecken sind hauptsächlich auf dem Lande zurückzulegen.

Wie die übrige Bevölkerung, so streben auch die Querschnittsgelähmten, vor allem die jüngeren unter ihnen, ein eigenes Kraftfahrzeug an. Dies wird durch die Träger der Sozialhilfe durch Zuschüsse unterstützt, da ein Großteil der Behinderten nur mit Hilfe eines Autos zu ihrer Arbeit gelangen kann. So besitzen 46 % ihr eigenes Kraftfahr-

zeug; bei der Gruppe C (den 18- bis 30-jährigen) sind es fast 60 %.

Tabelle 49: Eigenes Kraftfahrzeug.

		C	D	E	F	insg.
ja	I	6	1	1	3	11
	II	5	4	3	4	16
	III	17	4	2	8	31
	1	28	9	6	15	58
nein	I	2	3	2	16	23
	II	2	1	1	8	12
	III	11	10	4	7	32
	1	15	14	7	31	67
mit orth. Hilfs- mitteln	I	1			1	2
	II	2	2		1	5
	III	11	3	1	2	17
	1	14	5	1	4	24

Mit orthopädischen Hilfsmitteln sind 41 % der Kraftfahrzeuge ausgestattet. Daß nur so wenige derartige Hilfsmittel eingebaut haben - bei den Rollstuhlfahrern von 31 nur 17 - liegt zum Teil daran, daß die Autos von anderen Personen, z.B. vom Ehegatten, gefahren werden.

Tabelle 50: Kostenträger der Hilfsmittel.

	Verk.- unfall	Sport- unfall	Arb.- unfall	Suicid- versuch	sonst. Unfall	endog. Urs.	insg.
Renten- versicherung	1	1			2	6	10
Kranken- versicherung	8	4	1	3	3	27	46
Haftpflcht- versicherung	4	1	1				6
Sozial- hilfe	15	3		2	4	22	46
Berufsge- nossenschaft			7				
Familie	1					7	8
selbst	7	1	2	1		12	23

11 Personen, 7 durch Verkehrsunfall und 4 durch Tumor Geschädigte, tragen die Kosten der Hilfsmittel alleine. Im allgemeinen werden Zuschüsse erteilt oder die ganzen Kosten übernommen.

Einige der Querschnittsgelähmten werden von verschiedenen Kostenträgern unterstützt. Dies gilt genauso für die Krankenbehandlung.

Tabelle 51: Kostenträger der Krankenbehandlung.

	Verk.- unfall	Sport- unfall	Arb.- unfall	Suicid- versuch	sonst. Unfall	endog. Urs.	insg.
Renten- versicherung	7	1	1		2	22	33
Kranken- versicherung	19	8	2	4	4	59	86
Unfall- versicherung	5	2	5		1		13
Sozial- hilfe	13	3		3	2	27	48
Berufsge- nossenschaft			6				
eigene Mittel	4	2		2		7	15
VdK	1					1	2

Allgemein geschwächt durch die Lähmung (bes. auch durch die häufig bestehende Harn- und Stuhlinkontinenz) und deprimiert durch die Unabänderlichkeit seines Zustandes ist dem Gelähmten häufig nicht der berufliche und gesellschaftliche Fortschritt möglich, zu dem er als Gesunder fähig wäre. Dies kann in dem Geschädigten das Gefühl der Minderwertigkeit, des sozialen Abstiegs aufkommen lassen. Von den Befragten sind es 65 %, wie es in Tabelle 52 zum Ausdruck kommt.

Tabelle 52: Wertung der jetzigen Situation.

		soz. Abstieg	kein Abstieg
Unfälle	I	2	8
	II	4	4
	III	31	11
	i	37	23
endogene Ursachen	I	10	8
	II	13	4
	III	15	6
	i	38	18
insg.		75	41

Die Rollstuhlfahrer beurteilen, was durchaus verständlich ist, ihre Situation am negativsten.

Vergleichen wir die Gruppen der Unfallverletzten und der durch organische Ursachen Geschädigten gesondert, ergeben sich voneinander abweichende Bilder.

Interessant ist, daß bei den Unfallverletzten hauptsächlich die schwerer Geschädigten ihre Lage als sozialen Abstieg bezeichnen, während bei den letzteren auch die leichter Geschädigten dies empfinden. Dieser Unterschied könnte man u. a. damit erklären, daß sich in den Antworten der Gruppe der durch organische Ursachen Geschädigten, die ja mehr aus älteren Leuten besteht, ihre altersbedingte Schwäche und ihre pessimistische Einstellung niederschlägt.

Ein weiterer Grund der größeren Unzufriedenheit dieser Gruppe liegt wohl auch darin, daß hier wesentlich mehr nicht berufstätig sind. Darunter leidet meist auch das häusliche

Milieu: Die Kinder sehen im Vater nicht das strebsame, arbeitsame Vorbild und wachsen nicht selten zu arbeitsscheuen, asozialen Menschen heran. Das Ansehen des Vaters wird umso größer sein, je besser er seine Situation meistert und je energischer und zielbewußter er wieder die Rolle des Familienoberhauptes übernimmt und durch das Einkommen aus vollwertiger Arbeit wieder zum Ernährer seiner Familie wird.

Berufliche Verhältnisse

Bei der Wiedereingliederung in das Alltags- und Berufsleben muß davon ausgegangen werden, daß der Patient meist in kürzester Zeit in eine seelische, körperliche und wirtschaftliche Katastrophe gestürzt wurde. So bedarf er in besonderem Maße bei der beruflichen Rückgliederung einer gezielten individuellen psychologischen Führung und der exakten Zusammenarbeit der Ärzte mit den Beschäftigungs- und Arbeitstherapeuten, um Fehlentwicklungen von vorneherein zu unterbinden. Die Führung des Patienten und der Erfolg in der beruflichen Wiedereingliederung sind abhängig von seiner Intelligenz, seiner prämorbidem Persönlichkeit, seinem seelischen Zustand, der Art (Höhe) und Dauer der Querschnittslähmung und der Dauer der Behandlung. Der Sozialhilfe stellt sich die Aufgabe, in Zusammenarbeit mit den behandelnden Personen eine dem Patienten angemessene und seinen Fähigkeiten entsprechende Arbeit zu vermitteln, und die ihm hierfür notwendige Unterstützung (z.B. für ein eigenes Kraftfahrzeug zur Erreichung des Arbeitsplatzes) zu gewähren. Durch genaue Prüfung von Neigung und Veranlagung, auch von äußeren Verhältnissen, muß die Gefahr eines Scheiterns im neuen Beruf vermieden werden; der Behinderte könnte ansonsten den Mut verlieren und vor jeder weiteren Initiative zurückschrecken. Nicht der "Mitleidsposten" (etwa des Pförtners, Telefonisten u.a.) sollte für den Querschnittsgelähmten angestrebt werden, sondern eine möglichst hochqualifizierte, krisenfeste Tätigkeit, an der der Behinderte wirklich Freude hat.

Die soziale Stellung des Querschnittsgelähmten ist, ähnlich wie jene vor seiner Schädigung, abhängig von der jeweiligen Begabung, Energie und Ausdauer. Je höher die Intelligenz entwickelt und je ausgeprägter die Willenskraft ist, umso einfacher wird sich die Eingliederung in das Erwerbsleben

und damit die Wiedererlangung einer angemessenen sozialen Stellung gestalten.¹⁶⁾

Es wäre für diese Untersuchung förderlich, wenn der Intelligenzgrad der befragten Querschnittsgelähmten festgestellt werden könnte. Ein solches Unterfangen ginge jedoch über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinaus. Die folgende Tabelle hält lediglich den Grad der Schulbildung fest.

Tabelle 53: Schulbildung

	A	B	C	D	E	F	insg.
keine Schule	2	<u>1</u>	<u>1</u>				4
Sonderschule	1						1
Volksschule	2	1	19	16	6	44	88
Berufsschule			19	4	4	4	31
Handelsschule			2	1	1	1	5
Gymnasium z.Z.	1		1				2
Mittl. Reife			4	2	2	3	11
Abitur				1			1
Hochschule			5	1			6

Drei der von Geburt behinderten Kinder im schulpflichtigen Alter besuchen keine Schule; sie werden von ihren Müttern unterrichtet. In der Regel wird dadurch eine nur sehr mangelhafte Ausbildung erreicht werden. Es sollte jedem querschnittsgelähmten Kind der Besuch eines ordentlichen Unterrichts ermöglicht werden.

 16) Vgl. F. W. M e i n e c k e, Grenzen der Wiederherstellung beim Querschnittsgelähmten: Hefte zur Unfallheilkunde 87, Berlin 1966, S. 182 u. passim.

Ein Mädchen geht nur besuchsweise zur Schule und ein weiteres Kind wird in einer Sonderschule unterwiesen.

Der weit größte Teil (83 %) hat die Volksschule beendet; davon besuchten 21 % anschließend eine Berufsschule und 3 % eine Handelsschule. 11 der befragten Querschnittsgelähmten (7 %) erreichten die Mittlere Reife und 7 das Abitur. Bei einer Querschnittsgelähmten erfolgte der Unfall direkt nach dem Abitur; sie wurde in Bad Pyrmont zur Sekretärin ausgebildet. 5 Studenten erlitten während ihrer Studienjahre die Verletzung. 2 behinderte Schüler verblieben auch nach ihrer Behinderung im Gymnasium.

Die 18- bis 30-jährigen zeigen höhere Bildungsstufen als die älteren Querschnittsgelähmten - eine Erscheinung, die auch bei der Gesamtbevölkerung zu finden sein wird.

Die Abiturienten gehen wieder, falls sie sich nicht in stationärer Behandlung befinden, voll ihrem Studium bzw. ihrem Beruf nach.

Tabelle 54: Berufstätigkeit						nicht berufstätig			
		I	II	III	i	I	II	III	i
Verkehrsunfall	w	1		2	3			3	3
	m	1	1	7	9	1		9	10
	i	2	1	9	12	1		12	13
Sportunfall	w	1		2	3			2	2
	m		2	1	3				
	i	1	2	3	6			2	2
Arbeitsunfall	w					1		1	2
	m		1	2	3			2	2
	i		1	2	3	1		3	4
Suicidversuch	w	1	1	1	3			1	1
	m	1			1				
	i	2	1	1	4			1	1
sonst. Unfall	w							1	1
	m	1		1	2		1	2	3
	i	1		1	2		1	3	4
Angeboren	w		1		1			3	3
	m		2		2				
	i		3		3			3	3
Tumor	w					1	1		2
	m	1	1		2		1	3	4
	i	1	1		2	1	2	3	6
entzündl. Ursache	w							2	2
	m	2	2	1	5				
	i	2	2	1	5			2	2
sonst. Ursachen	w		1	1	2		2	2	4
	m	3	1		4		1		1
	i	3	2	1	6		3	2	5
insg.	w	3	3	6	12	2	3	15	20
	m	9	10	12	31	1	3	16	20
	i	12	13	18	43	3	6	31	40

Die Schüler und Studenten wurden mitgezählt.

45 % der altersmäßig arbeitsfähigen Querschnittsgelähmten, davon 63 % durch Unfall geschädigte, gehen wieder einer regelmäßigen Tätigkeit nach. 13 % sind z.Z. in stationärer Behandlung oder zu Hause bettlägerig. Die Sportunfallverletzten und die durch Suicidversuch Verletzten besitzen m. E. eine besondere Aktivität; sie scheinen ihre Situation besser zu meistern als der Durchschnitt der übrigen Behinderten.

Die weit größeren Erfolge hat G u t t m a n n in den Bemühungen um Rückführung von Querschnittsgelähmten in das Berufsleben zu verzeichnen: über 70 %. Zu der hervorragenden medizinischen und psychologischen Betreuung ist hier noch die englische Gesetzgebung maßgebend: sie gesteht dem arbeitsfähigen Behinderten so wenig Rente zu, daß dieser zu eigener Arbeit gezwungen wird.

Sehr gute Ergebnisse führen auch die Berufsgenossenschaften an.¹⁷⁾ Danach kamen im Zeitraum zwischen 1958 und 1962 82,6 % der Gelähmten wieder im Unfallbetrieb unter. Dieser Erfolg besteht auch trotz der weitergehenden Rentenzahlung bei Erwerbstätigkeit.

Ergebnisse von Münch, Medizinisch-psychologische Untersuchungen Unfallverletzter. 1963¹⁸⁾ ergeben, daß diejenigen in echter Arbeit stehenden Querschnittsgelähmten überwogen, die das höchste Renteneinkommen bezogen, also die am schwersten Betroffenen. Diese waren am stärksten bestrebt, das Gefühl der völligen Hilfslosigkeit zu kompensieren. Über ähnliche Erfahrungen schreibt D. B r u n s:¹⁹⁾ "Daß bei einer Wieder-

17) W. N i c k l, Wege und Ziele der Berufsfürsorge als Teil der sozialen Phase der Rehabilitation Unfallverletzter: Hefte zur Unfallheilkunde 71, Berlin 1962, S. 206.

18) Zit. bei F. W. M e i n e c k e, Soziale und psychologische Fragen bei Querschnittsgelähmten: Zbl.Chir. 90, 1965, S. 958.

19) Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Archiv f. orthopädische und Unfall-Chirurgie 53, 1961, S. 38.

eingliederung in eine Tätigkeit nicht unbedingt der Grad der Lähmung maßgebend ist, geht daraus hervor, daß von den erwerbstätigen Versehrten 10 komplett, 9 subtotal und 13 partiell gelähmt sind."

Diese Ergebnisse beweisen, daß die Erfolge einer beruflichen Wiedereingliederung nicht in erster Linie von der Höhe der Renteneinkünfte abhängig sind, sondern neben der geschickten individuellen Leitung des Patienten hauptsächlich von dessen Persönlichkeit und seinem Selbstvertrauen. Eine wichtige Rolle mag auch falsches Mitleid der Angehörigen und mangelnde Einsicht der Arbeitgeber spielen, letzteres obwohl das Schwerbeschädigtengesetz (in der Fassung vom 14. Aug. 1961)

Abschn. 2 § 3) bestimmt: "Von den Arbeitgebern müssen

- a) die Verwaltungen des Bundes, der Länder, der Gemeinden und der sonstigen Körperschaften, Stiftungen und Anstalten des öffentlichen Rechts auf wenigstens 10 v.H.
- b) die öffentlichen und privaten Betriebe auf wenigstens 6 v.H.

der Arbeitsplätze Schwerbeschädigte beschäftigen."

Tabelle 55: Berufswechsel auf Grund der Behinderung (gegliedert nach Schweregrad der Behinderung und Geschlecht)

		I	II	III	insg.
Berufs- wechsel	w	1	1	1	3
	m	2	8	11	19
	i	3	9	12	24
von insg.	w	3	2	4	9
	m	9	6	13	28
	i	12	8	17	37

Von den Berufstätigen mußten 24, das sind 65 %, ihren Beruf wechseln, da sie ihre frühere Arbeit wegen der Behinderung aufgeben mußten. Dies berührt vor allem Gruppe II und III, die eine sitzende Tätigkeit benötigen.

Auch 2 der von Geburt Geschädigten wechselten - gezwungen durch die Behinderung - ihren Beruf, einer in einem Umschulungsheim (siehe unten!).

Tabelle 56: Berufswechsel im Umschulungsheim (gegliedert nach Schweregrad der Behinderung und Ursache der Schädigung)

	I	II	III	Wartezeit bis zur Einweisung		
				sofort	1/4 Jahr	1/2 Jahr
Verkehrs- unfall			4	1		1
Arbeits- unfall		1	2	1	1	
sonst. Unfall			1			1
Angeboren		1				
Tumor			1	1		
entzündl. Ursache	1	1		1		
nach Operation		1				
insgesamt	1	4	8	4	1	2

13 der befragten Querschnittsgelähmten wurden in entsprechenden Umschulungsstätten umgeschult. Positiv ist zu werten, daß auch den organisch Erkrankten Gelegenheit zur Umschulung geboten wird. Eine möglichst rasche Einweisung wirkt sich für den seelischen Zustand sehr günstig aus. So konnten auch 4 Gelähmte sofort aufgenommen werden; 2 mußten

allerdings $\frac{1}{2}$ Jahr darauf warten.

Für den süddeutschen Raum kommen hauptsächlich die Anstalten in Waldkraiburg und Wildbad in Frage, sowie jene, die an die Universität Heidelberg angeschlossen sind.

Tabelle 57: Umschulung in Umschulungsheimen.

	C		D		E	insg.
	II	III	II	III	II	
Waldkraiburg	1	1		1		3
Wildbad		2		1		3
Bad Pyrmont				1		1
Arolsen		1				1
Tegernsee					1	1
unbekannt		1	1			2
insg.	1	5	1	3	1	11

In entsprechenden Heimen wurden bzw. werden z.Zt. 10 männliche und eine weibliche Querschnittsgelähmte, die von der Sozialhilfeverwaltung des Bezirks Oberbayern betreut werden, umgeschult; darunter befinden sich 8 Rollstuhlfahrer und 3 Angehörige der Gruppe II.

3 Behinderte erlernten in Waldkraiburg und 3 in Wildbad den Beruf des Feinmechanikers. In Bad Pyrmont wurde eine Querschnittsgelähmte - sie hatte eben ihr Abitur bestanden - als kaufmännische Angestellte ausgebildet. In Arolsen absolvierte ein Rollstuhlfahrer, der als 15-jähriger durch einen Schuß verletzt worden war, die Lehre als Stenotypist; er war vor seiner Verletzung Maschinen-Schlosser-Lehrling. Nun steht er wieder aktiv im Leben, treibt Sport und bildet sich ständig durch Fortbildungskurse weiter, z.Zt. der Befragung

in Englisch.

In einem Tegernseer Heim, das schon vor Jahren aufgelöst wurde, erlernte ein seit Geburt Behinderter das Buchbinderhandwerk. Nach eigenen Angaben hielt ihn seine Familie für nicht arbeitsfähig, bis er - 27-jährig - sich selbst um einen geeigneten Beruf bemühte. Nun, mit 41 Jahren, ist er glücklich, von seiner Familie unabhängig zu sein und ein selbständiges Leben zu führen. Seine Behinderung hat sich seither zusehens gebessert, so daß er bisweilen ohne Beinstützen gehen kann. Er trägt jedoch ein Urinal.

Die 12 übrigen Querschnittsgelähmten, die nicht in Heimen umgeschult worden sind, erhielten zur Umschulung entweder finanzielle Unterstützung oder sie wechselten auf einen Beruf über, für den sie keine weitere Schulung benötigten.

Der Berufswechsel erfolgte durchwegs im Alter bis zu 35 Jahren. Nicht nur im Hinblick auf die menschliche Situation des Querschnittsgelähmten, sondern auch in volkswirtschaftlicher Sicht wirkt sich eine nötige Umschulung unbedingt vorteilhaft aus. Eine Repräsentationsumfrage bei Absolventen der niedersächsischen Landesversehrten-Berufsschule Bad Pyrmont ergab, daß die Umschulung der befragten 71 behinderten Lehrgangsteilnehmer, die heute bereits 5 Jahre im Berufsleben stehen, rund 375 000 DM gekostet hat. Allein während der 5 Jahre Berufsausübung brachten die 71 Umgeschulten rund 1,1 Mill. DM an Steuern und Sozialversicherungsbeiträgen auf, ganz abgesehen von der Einsparung der Beträge, die als Renten zu zahlen gewesen wären.²⁰⁾ Für die Umschulung eines Querschnittsgelähmten muß im Durchschnitt ein Kostenaufwand von 30 000 DM veranschlagt werden, während die Pflege eines Querschnittsgelähmten (z.B. in Murnau) jährlich 36 000 bis 40 000 DM erfordert (nach Auskunft von Herrn S t o c k, Sozialhilfeverwaltung des Bez. Obb.). Wird der Querschnittsgelähmte produktives Mitglied der Gesellschaft, so kann er

20) Vgl. die Münchner ärztlichen Anzeigen Nr. 4 (1967), S. IX.

sich selbst und seine Familie ernähren, zur Verbesserung seiner Sozialversicherung beitragen und die Steuerlast des Staates mittragen. In der neuen, durch Umschulung gewonnenen beruflichen Stellung ist er in rechtlicher und finanzieller Hinsicht einer "gesunden" Arbeitskraft gleichgestellt, wenngleich seine Leistungsfähigkeit mitunter nicht den Stand seiner Kollegen erreichen wird. Herr M o h r , der Hauptvertrauensmann der Schwerbeschädigten der Ford-Werke AG (Köln-Weidenpesch 1) schrieb der Verfasserin unter dem 5. III. 1968, der Querschnittsgelähmte erreiche gemessen an Normalleistung und Leistungsstandart einen Leistungsgrad von durchschnittlich 70 %.

Nur 3 der 43 Berufstätigen sind freiberuflich tätig: als praktischer Betriebswirt, als Holzschnitzer und als Zahnkeramikerin.

Der Holzschnitzer versteht es in bewundernswerter optimistischer Lebenseinstellung aus seiner Situation das Beste zu machen: Er, der vor seiner Verletzung beim Skifahren in der Landwirtschaft tätig gewesen war, kann nun ungehindert seiner einst heimlichen Neigung, der Schnitzkunst, nachkommen. Für die entsprechende Schulung wurden ihm die Kosten erstattet.

Tabelle 58: Zufriedenheit (bzw. Unzufriedenheit) mit dem gegenwärtigen Beruf.

	Unfälle	angeboren	endogene Ursache	insg.
zufrieden	<u>21</u>	1	12	34
nicht zufrieden	2			2
teilweise zufrieden	2	1	2	5
Berufswechsel gewünscht	4		1	5

Der Großteil der Befragten äußert sich über ihren jetzigen Beruf zufrieden; nur 2 von 40 sind unzufrieden und insgesamt 5 Probanden wollen ihren Beruf wechseln.

Tabelle 59: Wirtschaftliche Verhältnisse nach dem Berufswechsel.

		Unfall	endogene Ursachen	insg.
unverändert	I	3	2	5
	II	2		2
	III	5	2	7
	i	10	4	14
verbessert	I	1	1	2
	II	1	1	2
	III			
	i	2	2	4
verschlechtert	I			
	II	2	2	4
	III	5	1	6
	i	7	3	10

Von den 28 Probanden, die ihren Beruf nach ihrer Behinderung gewechselt haben, nannten 14 (also 50 %) eine unveränderte, 10 eine verschlechterte und nur 4 eine verbesserte wirtschaftliche Lage. Es bleibt dahingestellt, inwieweit diese Angaben subjektiv bestimmt sind.

Tabelle 60: Wechsel des Arbeitsplatzes
(aufgrund der Behinderung)

	w	m	i	von insg.
I		2	2	10
II	1	6	7	8
III	1	7	8	12
	2	15	17	30

Tabelle 61: Gründe für den Wechsel des Arbeitsplatzes.

	I	II	III	insg.
Arbeit unpassend bzw. zu schwer	2	4	5	11
Weg zu weit oder zu umständlich			3	3

Gegenüber 22, die ihren Beruf gewechselt haben, stehen 17, die auf Grund ihrer Behinderung einen anderen Arbeitsplatz wählten: Dies geschah hauptsächlich infolge eines notwendig gewordenen Berufswechsels. Keiner der befragten Querschnittsgelähmten fühlte sich am Arbeitsplatz benachteiligt.

Für 3 Rollstuhlfahrer wurde ein Wechsel des Arbeitsplatzes wegen der weiten Entfernung notwendig.

Tabelle 62: Verhältnis zum Arbeitsplatz.

	I	II	III	insg.
zufrieden	12	7	12	31
nicht zufrieden			2	2
Wechsel erwünscht		2	1	3

Tabelle 63: Verhältnis zum Arbeitskollegen und Vorgesetzten.

	I	II	III	insg.
gut	12	7	10	29
mittelmäßig		2	4	6

Der größte Teil (86 %) der arbeitenden Querschnittsgelähmten zeigt sich mit dem Arbeitsplatz zufrieden und ebenso steht der Großteil in gutem Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten, wie sich aus den Tabellen 62 und 63 ergibt. Dieses erfreuliche Ergebnis mag als Beweis für die allgemeine Zufriedenheit der berufstätigen Behinderten gelten. Keiner der Befragten gibt ein schlechtes Verhältnis zu seinen Kollegen bzw. seinem Vorgesetzten an.

Tabelle 64: Täglicher Arbeitsweg (in Minuten).

	I	II	III	insg.
5 Min.	1		3	4
10 "	2		3	5
15 "	1	1	1	3
20 "	3	1	2	6
30 "	1	3	1	5
40 "	1		1	2
60 "		1		1
70 "			1	1
1¼ Std.	2		1	3

Tabelle 65: Transportmittel zum Arbeitsplatz.

	I	II	III	insg.
eigenes Auto	5	7	13	25
mit Auto von Bekannten		1		1
Firmenbus			1	1
öffentl.Verkehrsm.	4	1		5
Selbstfahrer			2	2
Fahrrad	1			1
zu Fuß	1			1

Einige Querschnittsgelähmte müssen - im Verhältnis zur Schwere ihrer Behinderung - allzu lange Wege zu ihrem Arbeitsplatz zurücklegen.

70 % legen ihren Weg im eigenen Auto zurück. Dieser Prozentsatz erscheint erfreulich hoch; dennoch muß einem möglichst großen Kreis von Querschnittsgelähmten die Anschaffung eines Autos erleichtert werden, jedenfalls den Verletzten der Gruppen II und III. Der Arbeitsweg darf den Behinderten nicht von seiner Arbeitswilligkeit abhalten.

Z u s a m m e n f a s s u n g

1. Die vorliegende, auf den Ergebnissen einer Erhebung aufgebauten Arbeit, berichtet über die schriftliche Befragung von Querschnittsgelähmten, die von der Sozialhilfeverwaltung des Bezirks Oberbayern betreut werden.
2. Es wurden 298 Querschnittsgelähmte angeschrieben und um Beantwortung des beiliegenden Fragebogens gebeten. 164 verwertbare Antworten (davon 93 von Männern und 71 von Frauen) gingen ein.
3. Die Befragung erstreckte sich auf die gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Verhältnisse der Querschnittsgelähmten und auf Fragen, die mit ihrer Schädigung zusammenhängen.
4. Die Probanden wurden in sechs Alterstufen (A, B, C, D, E, 1) und vier Gruppen ihres Verletzungsgrades (I, II, III, IV) eingeteilt.

A (bis 14 Jahre) 17 Querschnittsgelähmte

B (14 bis 17 ") 3 "

C (18 " 30 ") 53 "

D (31 " 40 ") 25 "

E (41 " 50 ") 17 "

F (über 50 Jahre) 49 "

I (ohne Hilfsmittel) 37 Querschnittsgelähmte

II (mit kl. Hilfsmitteln) 37 "

III (Rollstuhlfahrer) 78 "

IV (bettlägerig bzw.
noch unentschieden) 12 "

5. Die Ursachen der Behinderung waren Verletzungen (44 %), Erkrankungen (42 %), Mißbildungen (14 %).
6. Die jährliche Zuwachsrate der Frischverletzten beträgt durchschnittlich 16. (Für die Jahre 1961 bis 1966: 16, 12, 14, 11, 24 und 16).

7. 70 % der befragten Querschnittsgelähmten benützen orthopädische Hilfsmittel; 9 % der Hilfsmittel sind nicht brauchbar.
8. In Querschnittsgelähmtenzentren (Murnau, Bayreuth, Heidelberg, Bad Pyrmont) wurden 15 % behandelt.
9. 68 % der befragten Behinderten benötigen häusliche Pflege, die zu 77 % von den nächsten Angehörigen durchgeführt wird.
10. Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bezeichnen 25 % als schlecht, 68 % als erträglich und 7 % als gut.
16 % der Befragten betreiben Sport.
11. Von den erfaßten Querschnittsgelähmten sind 43 % ledig, 48 % verheiratet (davon vor ihrer Schädigung 79 %, nachher 21 %), 5 % verwitwet, 4 % geschieden.
6 von 12 nach der Schädigung verheirateten Männer zeugten 7 Kinder; 3 von 4 Frauen hatten 3 Geburten.
12. Bei 41 % der Querschnittsgelähmten gestaltete sich die Rückkehr in den häuslichen Kreis ohne Schwierigkeiten.
64 % empfinden ihre Mitmenschen als rücksichtsvoll und hilfsbereit; ebenso viele unterhalten gute Beziehungen zu ihren Mitmenschen.
13. 40 Behinderte wohnen in einer Altbau-, 41 in einer Neubau- und 2 in einer Notwohnung.
14. Von den Rollstuhlfahrern wohnen 46 % ebenerdig, 9 % durch Aufzug erreichbar, 45 % über Stiegen erreichbar.
15. 33 % besitzen kein Bad bzw. können dieses nicht erreichen.
16. 46 % der Behinderten sind Besitzer eines eigenen Kraftfahrzeuges, von denen 41 % mit orthopädischen Hilfsmitteln ausgestattet sind.
17. Als sozialen Abstieg empfinden 65 % der Querschnittsgelähmten ihre jetzige Situation.
18. Schulbildung der Querschnittsgelähmten ab 6 Jahren:

Keine Schule	4
Sonderschule	1
Volksschule	124
Höhere Schule	20

19. 45 % der berufstätigen Befragten sind berufstätig.
20. Auf Grund ihrer Behinderung haben 60 % ihren Beruf gewechselt. Dieser Berufswechsel brachte für 36 % eine Verschlechterung, bei 14 % eine Verbesserung ihrer wirtschaftlichen Lage mit sich.
21. In Umschulungsheimen wurden 30 % der Berufstätigen umgeschult.
22. Auf Grund der Behinderung wechselten 40 % ihren Arbeitsplatz.

Die vorliegende Untersuchung der sozialen und beruflichen Situation der auf die Sozialhilfe Oberbayerns angewiesenen Querschnittsgelähmten will als Beitrag zu den Bemühungen um Verbesserung der Versorgung und Rehabilitation dieser Behinderten verstanden werden.

Daß die gegenwärtige Versorgung mit Mängeln behaftet ist, werden alle Einsichtigen zugestehen. Die Aufstellungen und Tabellen dieser Arbeit sowie die sich hieraus ergebenden Folgerungen sollen aufzeigen, w o Abhilfe am dringendsten erscheint und w e l c h e Prioritäten gesetzt werden müssen, um durch mutige Reformen auf lange Sicht sinnvolle und erfolgreiche Behandlungsweisen zu entwickeln. Oberstes Ziel muß sein, den Querschnittsgelähmten gleichermaßen gesundheitlich, beruflich und sozial optimal zu fördern. Dazu wird²¹⁾ nötig sein:

1. Die Errichtung zentraler Behandlungsstätten ausreichender Größe und Ausstattung, die allen Querschnittsgelähmten aller Kostenträger zugänglich sind.
2. Enge zeitliche und örtliche Verzahnung der Maßnahmen der medizinischen, sozialen und beruflichen Wiedereingliederung.
3. Versorgung aller Querschnittsgelähmten mit den notwendigen Hilfs- und Pflegemitteln (ohne lange Wartezeiten).
4. Bereitstellung von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen für Querschnittsgelähmte in genügender Zahl.
5. Übernahme der Ausbildungs- bzw. Umschulungskosten.

21) M e i n e c k e, Grenzen der Wiederherstellung beim Querschnittsgelähmten: Hefte zur Unfallheilkunde 87, Berlin 1966, S. 185 f.

6. Erstellung von Wohnungen, die den Bedürfnissen der Querschnittsgelähmten angepaßt sind.
7. Schnelle, intensive Bemühungen um die Verbesserung des Schicksals der Halsmarkgelähmten.

U.v.a.

Sollen diese Wege gangbar werden, müssen die gemeinsamen Bemühungen der unmittelbar an der Rehabilitation von Querschnittsgelähmten beteiligten Einzelstellen koordiniert werden; das wäre nicht nur wirtschaftlicher, sondern erweiterte die Möglichkeiten von Planung und Forschung.

Sodann haben auch die Hilfsbedürftigen selbst durch aktive Mitwirkung ihren Beitrag zu diesen Anstrengungen zu leisten. Und schließlich muß die gesamte Öffentlichkeit mit den Problemen der Querschnittsgelähmten vertraut gemacht werden. Die Bevölkerung muß sich an den Umgang mit Querschnittsgelähmten gewöhnen.

Keinesfalls dürfen die Bemühungen um Rehabilitation der Querschnittsgelähmten an der Finanzierungsfrage scheitern. Sicher mögen die Aufwendungen für eine - gemessen an der Gesamtbevölkerungszahl - relativ kleine Gruppe als übermäßig hoch erscheinen. Es geht hier jedoch nicht etwa um einen Ausgleich für die Behinderung - das wäre auch nicht mit Riesensummen aufzuwiegen. Die Achtung vor der Würde des Menschen und seiner Persönlichkeit verpflichtet zur Förderung eines Behinderten ohne Begrenzung der Zeit und des Maßes mit dem Ziel, diesem eine größtmögliche Persönlichkeitsentfaltung und Unabhängigkeit zu ermöglichen. Art. 2 des Grundgesetzes enthält die Garantie: "Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit." Die Rehabilitationsbemühungen wollen dem Querschnittsgelähmten zu diesem Recht verhelfen.

L i t e r a t u r

- Albert, W., Lösung des Schwerbeschädigtenproblems durch Arbeit. Betrachtungen und Untersuchungen zur Resozialisierung Körperbehinderter: Sozialpolitische Schriften H.3, Berlin 1956
- Arens, W., Gedanken zum Querschnittsgelähmtenproblem: H. Unfallheilk, 56, 1958, S. 232-237.
- (Bayerische Staatszeitung und Bayer. Staatsanzeiger Nr. 31, München Aug. 1967, S. 3) Gelähmte Unfallopfer in Bayern dürfen wieder hoffen. Das Versorgungskrankenhaus Bayreuth wird modernes Querschnittsgelähmtenzentrum - etappenweiser Ausbau.
- Biesalski, K., Der Einfluß der Krüppelfürsorge auf die Orthopädie: Jb.d.Fürsorge f. Körperbehinderte 8, 1955.
- Bohne, O.S., Rehabilitation und Krüppelfürsorge in Deutschland: Jb. d. Fürsorge f. Körperbehinderte 56, 1956.
- Briefs, P.J., Der Körperbehinderte und die Öffentlichkeit: Jb.d.Fürsorge f. Körperbehinderte 4, 1957.
- " Spezielle Aufgabe der freien Wohlfahrtspflege im Rahmen der modernen Rehabilitation von Körperbehinderten: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbehinderte 91, 1957.
- Bruns, D., Klinische Erfahrungen in der Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Arch. orthop. Unfallchir. 53, 1961, S. 29.
- Bundessozialhilfegesetz: Beck'sche Textausgaben. München - Berlin 1963.
- Deschka, K., Methodische Richtlinien für den Versehrten-sport: Sportärztl. Prax. 1, 1958, S. 105.

- Fromm, H., Die heutige Behandlung und Rehabilitation von Querschnittsverletzten: Nervenarzt 34, 1963, S. 256.
- Goeritz, Der Querschnittsgelähmte, ein soziales Problem: Tag. Ver. Körperbehindertenfürsorge 1957, S. 48.
- Groetenherdt, K., Auf welche psychischen und charakterlichen Merkmale kann ein Krüppelleiden Einfluß haben?: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 62, 1961.
- " Die Bewährung des Behinderten auf dem Arbeitsplatz: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 21, 1961.
- Guttmann, L., Behandlung und Rehabilitation bei Rückenmarksschäden: Schweiz. Med. Wschr. 88, 1958, S. 511.
- " 20 Jahre Rehabilitationsarbeit an Querschnittsgelähmten: Münch. Med. Wschr. 31, 1964, S. 1375.
- " Grundsätzliches zur Rehabilitation von Querschnittsgelähmten: Dtsch. Z. Nervenheilk. 175, 1956, S. 173.
- Härtig, F., Körpererertüchtigung in der nachgehenden Fürsorge: Jahrb. Dt. Vereinig. f.d.Rehab. Behinderter, 1963, S. 21.
- Hein, W., Wohnungsbau für Querschnittsgelähmte: Mschr. f. Unfallheilk. 67, Berlin 1964, S. 233.
- Heipertz, W., Grundsätze für die Behandlung und Eingliederung Querschnittsgelähmter: Arch. orthop. Unfallhk. 48, 1957, S. 679
- " Unsere Aufgaben an Querschnittsgelähmten: Jahrb. der Fürs. f. Körperbeh., 1958, S. 55
- Heyl, H., Einige praktische Gesichtspunkte der Rehabilitation. J. Neurosurg 13, 1956, S. 184
- Hoske, H., Wiederherstellung der Lebenstätigkeit geschädigter Menschen: Stuttgart 1955, Arbeit und Gesundheit NF 56.
- Huchthausen, G., Die Aufgabe der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie im Rahmen der Rehabilitation Unfallverletzter: Hefte zur Unfallhk. 71 Berlin 1962, S. 209.

- Hübner, A., Fürsorge bei Querschnittsgelähmten: Mschr. Unfallhk. 60, 1957, S. 313.
- Jentschura, G., Die Nahtstelle zwischen medizinischen und beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen: Gesundheitsfürsorge 7, Okt. 1960, S. 109.
- Jochheim, K.A., Grundlagen der Rehabilitation in der Bundesrepublik Deutschland: Arbeit und Gesundheit NF 64, Stuttgart 1958.
- Klienke, E., Die Bedeutung der Versehrtenpsychologie für die Allgemeinheit: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 104, 1957.
- Kreusch, K., Kritische Bemerkungen zum Stand der Rehabilitation der Querschnittsgelähmten aus der Erfahrung der Praxis: Votr. 11. Tagg. Arbeitsgemeinschaft Hirntraumafr. u. klin. Hirnpathologie 10.4.-12.4.1964, Bad Homburg v.d.H.
- Leimbach, G., Das Querschnittsgelähmtenproblem in der Bundesrepublik Deutschland: H. Unfallheilkunde 78, Berlin 1964, S. 285.
- Lemberg, K.L., Unsere Schwierigkeiten bei der Verwirklichung der Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Votr. 11. Tag. Arbeitsgem. Hirntraumafr. u. klin. Hirnpathol., 10.4.-12.4. in Bad Homburg v.d.H.
- " Die Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Münch. med. Wschr. 103, 1961, S. 1005.
- Lindemann, K., Die Eingliederung Querschnittsgelähmter auf Grund von Erfahrungen einer Abteilung für Querschnittsgelähmte: H. Unfallhk. 66, Berlin 1961.
- " Die Versorgung und Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Unfallmed. Tag. 4.-5.3.1960, Freiburg i. Br.
- " 50 Jahre Körperbehindertenfürsorge in Deutschland: Stuttgart 1960.
- " Fortschritte in der Behandlung Schwerunfall-

- verletzter. Grundsatzfragen der sozialen Unfallversicherung: Festschrift 1961, S. 225.
- Lundt, P.V., Zur Lebenssituation von Körperbehinderten: Abh. aus dem Bundesgesundheitsblatt, H. 5, Berlin 1962.
- Meine, E., Über die Behandlung von Querschnittsgelähmten: H. Unfallhk. 87 1966, S. 192.
- Meinecke, F.W., Grenzen der Wiederherstellung beim Querschnittsgelähmten H. Unfallhk. 87, Berlin 1966, S. 180.
- " Erste Hilfe am Unfallort bei Querschnittslähmungen: H. Unfallheilk. 81, Berlin 1965, S.240.
- " Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Mschr. Unfallhk. 66, Berlin 1963, S. 394.
- " Soziale und psychologische Fragen bei Querschnittsgelähmten: Zbl. Chir. 90, 1965, S.951.
- " Rehabilitation der Querschnittsgelähmten: Schriftenr. d. Med. Pharmaz. Studienges., Rehabilitation 2/3, 1965, S. 114.
- " Rehabilitation und ihre Schwierigkeiten: Med. Welt, 1964, S. 876.
- Mikat, B., Die Bundesstatistik der gewaltsamen Todesfälle: Verh. dtsh. Ges. Unfallhk. 55, 1956, S. 14.
- " Die zahlenmäßige Entwicklung der Unfallverletzten: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958, S.100.
- Mohing, W., Sportverletzungen und chronische Schäden des Sportes an der Wirbelsäule: H. Unfallhk. 91, Berlin 1967.
- Müller, M., Die Rehabilitation Behinderter - nach dem Bundessozialhilfegesetz vom 30. Juni 1961 - in der Bundesrepublik Deutschland: Die Rehabilitation 1, 1962 Stuttgart.
- Münch, F., Medizinisch-psychologische Untersuchungen Unfallverletzter: Stuttgart 1963.
- Münchener ärztl. Anzeigen Nr. 4, 1967, S. IX, von F. A. Z. Erfolg der Rehabilitation.

- Neubauer, G., Behandlung und Ertüchtigung Querschnittsge-
lähmter: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1958,
S. 34
- Nickl, W., Die Ergebnisse der medizinischen und berufli-
chen Rehabilitation bei den gewerblichen Be-
rufsgenossenschaften: Sonderbeilage zu "Die
Berufsgenossenschaft" 9, 1966.
- " Wege und Ziele der Berufsfürsorge als Teile
der sozialen Phase der Rehabilitation Unfall-
verletzter: H. Unfallhk. 71, Berlin 1962,
S. 203.
- Niederecker, K., Die Rehabilitation von Querschnittsgelähm-
ten: Med. Klin. 56, 1961, S. 988.
- Noeske, H., Über die Betreuung der Rückenmarkverletzten
durch die Berufsgenossenschaften: Die Berufs-
genossenschaft 1960, H. 8 und 9.
- Paeslack, V., Die Rehabilitation des Querschnittsgelähmten:
Ärztl. Mitt. 59 1962, S. 2679.
- Peters J., Die berufliche Rehabilitation der Schwerstbe-
schädigten: Jahrb. Dtsch. Vereinig. f. d. Re-
hab. Behinderter, Heidelberg 1964, S. 14
- " Rehabilitation als unteilbare Aufgabe: Rehabi-
litation 2, 1963, S. 20.
- Rossier, A., Über die Rehabilitation der Paraplegiker: Docu-
menta Geigy, Acta Clinica, 3 J. R. Geigy S. A.
Basel 1964.
- Rütt, A., Zur Wiedereingliederung Wirbilverletzter:
Jahrb. d. Dtsch. Verein f. d. Rehab. Behinder-
ter, Heidelberg 1964, S. 64.
- Saxer, G., Eingliederung des Individuums in die Gesell-
schaft: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1959,
S. 171.
- Scharmann, Th., Die Psychologie der Ein- und Wiedereinglie-
derung Behinderter in das Berufsleben: Hand-
buch der Psychologie, Bd. 9, Göttingen 1961,
S. 404.

- Schnabel, F., Deutsche Geschichte im 19. Jahrhundert. Die katholische Kirche in Deutschland: Freiburg 1965.
- Schneider, W.H.E., Die unnötige Verlängerung stationärer Heilmaßnahmen durch die Schwierigkeit der Kostenübernahme: Gesundheitsfürsorge 2, 1960, S. 36.
1. Schwerbeschädigtengesetz: BGBI S. 1233, Abschn. 2, § 3, in der Fassung der Neubekanntmachung vom 14. Aug. 1961.
- Speth, F., Die Entwicklung des Versehrtensports in Bayern: Bild und Druck München 1962.
- Statistisches Jahrbuch für Bayern 1961. Bayerisches Statistisches Landesamt 1961.
- Wagner-Fischer, A., Der Behinderte daheim, Wohnwelt und Lebenshilfen: Die Rehabilitation 1, Stuttgart 1963.
- Wahle, H., Über die Behandlung Querschnittsgelähmter nach der Krankenhausentlassung: Ärztl. Mitt. 25, 1960, S. 1265.
- " Das Schicksal des Querschnittsgelähmten aus medizinischer und sozialer Sicht: Wien 1965.
- " Die Grundlagen der Rehabilitation Querschnittsgelähmter: Krankengymnastik 7, 1963.
- Walicka, J., Untersuchungs- und Beobachtungsergebnisse bei Rückenmarksverletzten: Chir. org. mot. orthop. Pol. Acta soc. orthop. Pol. 31, 1966, S. 447.
- Wiesenhütter, E., Grenzen der Rehabilitation vom Standpunkt des Psychotherapeuten: H. Unfallhk. 87, Berlin 1966, S. 205.
- Wöhrmann, B., Soziale Eingliederungsmaßnahmen, besondere Hilfen: Jahrb. d. Fürs. f. Körperbeh. 1963, S. 70.
- Ziem, H., Der Beschädigte und Körperbehinderte im Daseinskampf einst und jetzt: Sozialpolitische Schriften, H. 4, Berlin 1956.

Muster des

F r a g e b o g e n s,

der den Betroffenen zugeschickt wurde.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Led.: verh.: verw.: gesch.:

Ausgeübter Beruf v o r der Schädigung:

" " n a c h " " :

Eltern oder Erziehungsberechtigte:

Wohnort:

Zutreffendes bitte a n k r e u z e n (X)!

- I.) 1. Eintritt der Schädigung: 19..
2. Ursache Ihrer Schädigung (Querschnittslähmung):
- a) Unfall: Verkehrsunfall
Sportunfall
Arbeitsunfall
- b) Operation
- c) Tumor u. andere Ursachen
3. Dauer des Krankenhausaufenthaltes:
4. In welchem Krankenhaus waren Sie?
- Murnau
Bayreuth
Rummelsberg
Heidelberg
anderes:
5. Befinden Sie sich zur Zeit in einem Krankenhaus ?
- Ja
Nein
6. Befinden Sie sich in einem Pflege- oder Altersheim?
- Ja
Nein
7. Waren Sie schon in Kur- oder Badeaufenthalten ?
- Ja
Nein
8. Wer ist Kostenträger Ihrer Krankheitsbehandlung?
- Rentenversicherung
Krankenversicherung
Unfallversicherung
Sozialhilfe
Eigene Mittel
9. Benötigen Sie häusliche Pflege?
- Ja
Nein
- Wenn ja: wer führt diese aus:

Familienangehörige u. Verwandte
Bekannte
Ganztägige Pflegerin
Gemeindeschwester oder Fürsorgerin

10. Treiben Sie irgendwelchen Sport?

Ja
Nein

11. Wie ist Ihr jetziger Gesundheitszustand?

Sehr gut
Erträglich
Schlecht

II.) 1. Haben Sie orthopädische Hilfsmittel?

Ja
Nein

2. Welcher Art sind diese Hilfsmittel?

Stützapparate oder Stützkorsett
Orthopädische Schuhe
Rollstuhl
Selbstfahrer
Motorisierter Selbstfahrer

3. Wann erhielten Sie diese Hilfsmittel? 19..

4. Sind diese orthopädischen Hilfsmittel heute noch
brauchbar?

Ja
Nein

5. Wer kommt für Ihre orthopädischen Hilfsmittel auf?

Sie selbst
Familienangehörige
Haftplichtversicherung
Rentenversicherung
Krankenkasse
Soziale Hilfe

III.) 1. Hatten Sie Schwierigkeiten, als Sie nach Eintritt
der Körperbehinderung in den häuslichen Kreis zurück-
kehrten?

Ja
Nein
Teilweise

2. Wie ist das Verhalten Ihrer Mitmenschen Ihnen gegen-
über?

Rücksichtsvoll und hilfsbereit
Uninteressiert
Oft taktlos

3. Haben Sie freundschaftliche Beziehungen zu Mitmen-
schen?

Ja
Nein
Wenig
Schlechter als vor der Schädigung

4. Sind Sie in irgendwelchen Vereinen oder Organisationen?
 Ja
 Nein
5. Wenn verheiratet: Ist Ihr Ehepartner auch behindert?
 Ja
 Nein
 Haben Sie v o r Ihrer Schädigung geheiratet?
 " n a c h " " " ?
Wenn geschieden: Scheidung v o r der Schädigung?
 " n a c h " " " ?
6. Wieviele Kinder haben Sie?
 Ist eines Ihrer Kinder behindert?
 Ja
 Nein

IV.) 1. Welcher Art ist Ihre Schulbildung?

Volksschule
 Mittlere Reife
 Abitur
 Hochschule

2. Welchen Beruf übten Sie vor Ihrer Behinderung aus?

.....

Fragen 3. bis 12. NUR FÜR B E R U F S T Ä T I G E :

3. Welchen Beruf üben Sie jetzt aus?

.....

4. Haben Sie Ihren Beruf auf Grund Ihrer Behinderung gewechselt?

Ja
 Nein

Wenn ja: a) Wurde Ihnen der Berufswechsel in einem Umschulungsheim ermöglicht?

Ja Wo?
 Nein

b) Wie lange mußten Sie bis zu Ihrer Einweisung in das Umschulungsheim warten?

5. Gefällt Ihnen der Beruf, den Sie jetzt ausüben?

Ja
 Nein

Einigermaßen

Würden Sie Ihren Beruf gerne wechseln?

Ja
 Nein

6. Wie sind Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse nach dem Berufswechsel?

Unverändert
 Verbessert
 Verschlechtert

7. Wie fühlen Sie sich an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz?
 Zufrieden
 Nicht zufrieden
 Würde gerne wechseln
8. Wie ist das Verhältnis zu Ihren Kollegen und Vorgesetzten?
 Gut
 Schlecht
 Mittelmäßig
9. Sind Sie freiberuflich tätig?
 Ja
 Nein
10. Wie lange ist Ihr täglicher Arbeitsweg?Minuten
11. Mittels welcher Transportmittel erreichen Sie Ihren Arbeitsplatz ?
 Öffentliche Verkehrsmittel (Omnibus, Eisen- und Straßenbahn)
 Eigenes Kraftfahrzeug
 Taxi
 Motorisierter Selbstfahrer
 Selbstfahrer
 Zu Fuß
12. Haben Sie Ihren Arbeitsplatz (nach Eintritt Ihrer Schädigung) auf Grund Ihrer Behinderung gewechselt?
 Ja
 Nein
 Wenn ja:
 War Ihnen die Arbeit unpassend oder zu schwer?
 War der Weg zum Arbeitsplatz zu weit bzw. zu umständlich?
 Fühlten Sie sich wegen Ihrer Behinderung an Ihrem Arbeitsplatz benachteiligt?

- V.) 1. Wohnen Sie in einer
- | | |
|------------------|---------------------|
| a) Altbauwohnung | b) Mietswohnung |
| Neubauwohnung | Eigentumswohnung |
| Notwohnung | eigenes Haus |
| | Haus von Verwandten |
2. Wieviele Zimmer hat Ihre Wohnung (ohne Küche u. Bad/WC):
 Wieviel Quadratmeter umfaßt Ihre Wohnung (mit Küche u.Bad): ca.....
 3. Liegt Ihre Wohnung ebenerdig?
 Ja
 Nein.
 Wenn nein: Erreichen Sie Ihre Wohnung mittels eines Aufzuges?
 Ja
 Nein

4. Gehört zu Ihrer Wohnung
 a) Ein Bad b) ein Balkon c) ein Garten
 Ja Ja Ja
 Nein Nein Nein
5. Art der Heizung:
 Zimmeröfen
 Zentralheizung
 keine Heizung
6. Ist Ihre Wohnung auf Ihre Bedürfnisse eingestellt
 (hinsichtlich Ihrer Behinderung)?
 Ja
 Nein
 Einigermassen
7. Benützen Sie häufig ein öffentliches Verkehrsmittel?
 Ja
 Nein
 Gelegentlich
 Welches? Eisenbahn Straßenbahn Omnibus
8. Wieviele Minuten liegt Ihre Wohnung von dem für Sie
 günstigen Verkehrsmittel entfernt? Minuten
9. Besitzen Sie ein Kraftfahrzeug?
 Ja
 Nein
 Wenn ja: Ist dieses mit orthopädischen Hilfsmitteln
 ausgestattet? Ja
 Nein
10. Führen Sie Ihren Haushalt selbst?
 Ja
 Nein
 Teilweise
 Haben Sie eine Hausgehilfin?
 Ja
 Nein
 Wenn ja: ganztägig stundenweise
- VI.) Empfinden Sie Ihre jetzige Situation als sozialen Ab-
 stieg?
 Ja
 Nein

Eigene Vorschläge zur Verbesserung Ihrer wirtschaftlichen und sozialen Situation können Sie auf auf einem eigenen Blatt vermerken.

Lebenslauf.

Am 2. Mai 1943 wurde ich in Jungbunzlau/CSSR als Tochter des Diplomlandwirts Anton Menges und seiner Ehefrau Cornelia geboren.

Nach Kriegsende wohnte ich mit meiner Familie in Wettenhausen, Kreis Günzburg, wo ich im Herbst 1949 in die Volksschule eintrat.

1951 zogen wir nach Neu-Ulm um. Dort besuchte ich seit September 1953 die Oberrealschule, wechselte aber 1960 in das Ulmer Mädchengymnasium St. Hildegard über und legte im Frühjahr 1964 die Reifeprüfung ab.

Vom Sommersemester 1964 bis zum Wintersemester 1969/70 studierte ich an der Medizinischen Fakultät der Universität München und unterzog mich anschließend dem medizinischen Staatsexamen.

